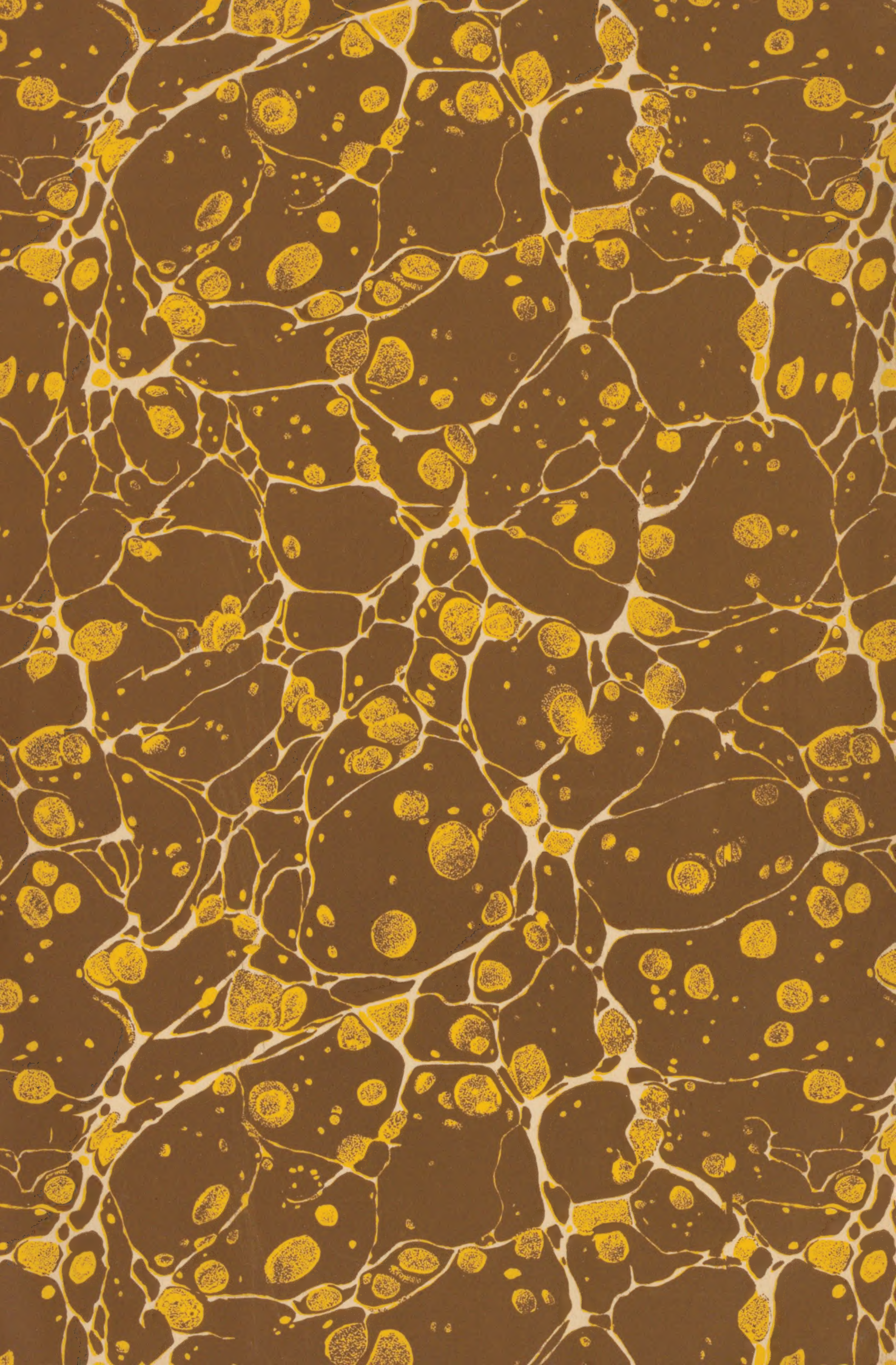




BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

EDITORIAL

[illegible] LA RADIOTERAPIA DE LOS [illegible] Y OTRAS METROPATIAS HEMO[illegible]

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

PUBLICADO CADA DOS MESES BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA.

Año XXII. | FEBRERO DE 1929. | Núm. 169.

EDITORIAL

SOBRE LA RADIOTERAPIA DE LOS FIBROMIOMAS Y OTRAS METROPATIAS HEMORRAGICAS*

Por el Dr. I. González Martínez.

Señor Presidente, distinguidos colegas: Al someter a vuestra consideración un tema tan seductor y trascendental como *la Radioterapia de los fibromiomas y demás enfermedades hemorrágicas benignas de la matriz,* siento, en verdad, que veinte minutos ajusten el límite de su desarrollo.

Esto me obliga no sólo a tratar muy de ligero su evolución histórica sino que también a exponer someramente las bases biológicas, físicas y clínicas, para entrar a tiempo en el relato de nuestra técnica y en la discusión del resultado de mis observaciones personales.

Dije que el tema era seductor, porque tiende a remplazar un acto quirúrgico por otro incruento; y nada ciertamente puede seducir mejor a las infelices mujeres sentenciadas de la Cirugía como la esperanza, en este caso la certidumbre, de curar sus dolencias por medios que la pongan a cubierto del temido bisturí.

Y dije trascendental, porque, para nosotros, los médicos, tiene mucha importancia el tratamiento eficaz de cierto número de ginecopatías hemorrágicas, antes inexorablemente tributarias de la Cirugía, con procedimientos físicos exentos de peligro, que ahorran, no ya el desagradable trance de una anestesia general, sino que, más importante aún, el riesgo de una operación severa, cuya mortalidad en manos de los más hábiles cirujanos no baja de un 4%.

La radioterapia de los fibromiomas, incubada al amparo de las experiencias de Albers Schonberg (1903) (1) sobre la radiosensibilidad especial de las células reproductoras, dió su primer vagido el 11 de enero de 1904 con la comunicación de de Foveau de Courmelles (2) a la Academia de Ciencias de París; las observaciones de Deutsch (3) y de Imbert (4), publicadas el mismo año, la robustecieron y prepararon el terreno para que, desde 1909, al impulso de los trabajos de Albers Schonberg (1909) (5) en Alemania, de Bordier (1909-1911) (6) (7), Bergonié y Spéder (1910) (8) y de A. Beclére (9) en Francia, se elevara a un rango de primer orden entre los métodos

(*) Leído en la Asamblea de la Asociación Médica de Puerto Rico celebrada en Diciembre de 1928.

terapéuticos del fibroma y de las hemorragias uterinas, ofreciendo un contingente numeroso de casos indiscutiblemente curados. Pero, a pesar de sus triunfos, la radioterapia ginecológica no alcanzó su mayor edad ni pudo competir ventajosamente con la Cirugía hasta que la escuela de Fribourg en Brisgau, primero representada por Gauss y Lembecke (10) (11), Kronig y Friedrich (12) (13) (14) (15) (16), y la escuela de Erlangen, después, con Seitz y Wintz (17) (18) como protagonistas, no regularon una técnica que, permitiendo la castración ovárica en una sola sesión, despertara el entusiasmo de los radiólogos y el interés de muchos ginecólogos de Europa y América.

Mientras las aplicaciones terapéuticas de los rayos X hacían tales progresos en el campo de Ginecología, el Radium, como resultado de la observación de Robert Abbe en Nueva York (1905) (19) y de las publicaciones de Oudin y Verchère (1906) (20), de Cheron (1909) (21) (22), y de Fabre (1910) (23), de Wickham y Degrais (1910) (24), de Kelly, Curtis y Burnam (1914-1918) (25) (26) (27), Condamin y Nogier (1918) (28) (29) (30) (31), entre muchos otros investigadores, ganaba el mismo terreno, mostrándose como un poderoso agente curativo de los fibromiomas y metropatías hemorrágicas.

Y así, de este modo, el progreso científico de los últimos años puso en manos del ginecólogo tres agentes valiosos contra las hemorragias y la fibromatosis uterina: la intervención cruenta, los rayos X y el Radium.

Salvo ligeras variantes exigidas por la naturaleza de la enfermedad, los procedimientos de roentgen y de radiumterapia aplicadas a los miomas se utilizaron con mejor éxito, si cabe, en las metropatías sangrantes.

Son los fibromas del útero tumores benignos compuestos de una mezcla, en proporciones variables, de fibras musculares lisas y de tejido conectivo, con la inclusión ocasional de elementos glandulares, que dan lugar a formaciones quísticas, más o menos numerosas y de mayor o menor volumen. En los tumores jóvenes suele predominar el elemento muscular, constituido a menudo por células más cortas, más gruesas y de núcleo mayor que el que se encuentra habitualmente en el músculo uterino normal, mientras que en los fibromas antíguos es frecuente la abundancia de tejido conectivo y, a veces, la degeneración calcárea.

No hay acuerdo entre los anatomo-patólogos respecto al origen de estos tumores. Para algunos, como Virchow (32), son engendrados por irritaciones locales de origen infeccioso; para otros, como Cohnheim (33) y Leopold (34), emanan de influencias congénitas; para muchos, como Williams (35), Ewing (36), etc., son de origen embrionario, a modo de formaciones teratoides derivadas de residuos müllerianos dispersos por un trastorno en el desarrollo normal del útero y sus anejos; y para los más, en fin, entre los cuales se cuentan Klebs (37), Kleinwatcher (38), Pilliet (39) y otros, proceden de los capilares nutricios por emigración y proliferación perivascular de las células embrionarias, estimuladas, sin duda, como opina Recasens (40), en su heterotopia y crecimiento anómalo por hiperemias periódicas, dependientes de perturbaciones más o menos profundas de la función ovárica.

El tamaño de los fibromas varía entre el núcleo primitivo de dimensiones microscópicas y el ejemplar de más de 140 libras descrito por Buckner en 1851 (41); pero los mas comunes no exceden el volumen de la cabeza de un feto a término.

Ocurren en el 20 x 100 de las mujeres

de más de 30 años, con mayor frecuencia después de los 35, sobre todo en la cuarta década de la vida (48 x 100); pero no son raros en la segunda (17.75) y tercera (21.25) ni tampoco después de la cincuentena (18.25), a juzgar por las estadísticas de Doderlein. Tillaux (42) cita el caso de una joven de 19 años y Gusserow (43) refiere casos de niñas de 10, 14 y 16.

Por el sitio de implantación uterina, los fibromiomas se dividen en tumores del cuerpo y del cuello; los primeros casi siempre de evolución abdominal y los segundos de desarrollo intrapélvico.

Por sus relaciones con las paredes del órgano se les clasifica en subserosos, intersticiales y submucosos. Los *subserosos* derivan de la capa de fibras en inmediato contacto con el peritoneo, circunstancia que les abona el nombre de subperitoneales; son de evolución abdominal y suelen pediculizarse; y cuando la pediculización es completa, detiene el crecimiento, pero, en cambio, amenaza con el riesgo de una torsión y la posibilidad del esfacelo en masa y accidentes peritoneales graves. Los *intersticiales* forman la variedad más frecuente, crecen en pleno músculo uterino y, cuando asientan en la cara posterior o en el fondo, evolucionan libremente hacia el abdomen, pudiendo alcanzar proporciones gigantescas e insinuarse por debajo de los arcos costales; a menudo concurren varios cuerpos fibrosos y, entonces, el tumor ofrece un aspecto multilobulado. Los *submucosos,* o de la capa muscular interna, evolucionan hacia la cavidad uterina, unas veces sesiles, otras pediculados, estos últimos constituyendo los verdaderos pólipos fibrosos; no alcanzan mayores dimensiones y pueden exteriorizarse en la vagina por dilatación del hocico de tenca.

Cuando los fibromas intersticiales se desarrollan en el segmento inferior del cuerpo o en el mismo cuello, evolucionan totalmente en la pelvis menor, originando, muchas veces, compresiones graves de la vejiga y el recto.

La sintomatología es bastante precisa. Salvo raras excepciones apenas si se les confunde con otros tumores abdominales. La presencia de una masa palpable que forma cuerpo con el útero y le sigue en sus movimientos, las metrorragias o menorragias más o menos profusas y persistentes, el aumento y alargamiento de la cavidad intrauterina revelado por el histerómetro, el aspecto que ofrezca el cuello al tacto vaginal y al examen visual con el espéculo, unidos al resultado de la investigación microscópica sobre los detritus obtenidos por un legrado explorador, son los elementos principales en que habrá de apoyarse el diagnóstico diferencial con otras neoplasias o procesos flogísticos del vientre, tales como quistes ováricos, colecciones purulentas salpingianas, embarazo extra-uterino, tumores del mesenterio, cánceres del cuerpo y del cuello de la matriz, pólipos mucosos, metritis hemorrágicas, retenciones placentarias, flemones de los ligamentos anchos y hematocele pelviano.

Hemos de advertir, sin embargo, que los fibromiomas subperitoneales son de ordinario silenciosos y, por excepción, causa de hemorragias, mientras que los submucosos las provocan tan abundantes y frecuentes, que la depauperación orgánica y la anemia grave no tardan en formar parte principal del cuadro clínico.

Bajo el nombre de metropatías hemorrágicas comprendemos ciertas metritis crónicas acompañadas de retroflexión, las metritis esclerosas hipertróficas, las pérdidas sanguíneas juveniles y de la menopausia por *disovaria* y todas aquellas que no puedan relacionarse con un proceso determinado del útero o sus anejos.

Resuelto el diagnóstico, investigadas y definidas las complicaciones del caso, si las hubiere, queda ante el ginecólogo la importante tarea de precisar la indicación terapéutica que resulte más eficaz y menos peligrosa para la enferma.

Dijimos al principio, que frente a los fibromiomas y metropatias hemorrágicas el médico puede esgrimir hoy tres armas de incontestable valor: cirugía, rayosX y Radium.

La Cirugía es sin disputa radical en sus procedimientos. Tiene en su abono numerosos éxitos. Suprimiendo la causa hace desaparecer los efectos. Pero no es completamente inócua. La histerectomía subtotal tiene una mortalidad irreductible del 4 x 100; y la miomectomía, que durante los últimos años viene reconquistando el favor perdido de los cirujanos, cuando hay interés en conservar la función sexual, adolece del defecto de permitir un 14 x 100 de recidivas. Por otra parte, tanto la una como la otra imponen la hospitalización del enfermo y aparejan, además de los peligros inherentes a toda operación grave, la creación de estados angustiosos pre-operatorios más o menos intensos. Por tal razón, siempre que pueda contemporizarse, siempre que una indicación urgente e imperativa no imponga el tratamiento quirúrgico, este debe ceder el paso a otros medios que, habiendo demostrado igual eficacia, resulten menos agresivos. Ya Olshausen limitaba en 1906, antes de la era radioterápica, las indicaciones operatorias al 40 x 100 de los casos, el otro 60 pudiendo curar por regresión espontánea post-menopáusica.

Partiendo de esta norma, la intervención cruenta sólo puede cumplir hoy una indicación justificada en el 10 x 100 de los fibromiomas y excepcionalmente contra las metropatías hemorrágicas.

Siempre que en una mujer joven sea posible conservar la función procreadora, debe darse la preferencia a la miomectomía, no obstante la probabilidad de una recidiva.

La operación es también de rigor en los fibromas subperitoneales pediculados, en los submucosos pediculados, en los afectos de degeneración calcárea y en los complicados con quistes ováricos, colecciones purulentas de las trompas, cáncer del cuerpo del útero, apendicitis aguda y, en general, con cualquier proceso que, por su importancia y gravedad, relegue a segundo término la fibromatosis, para imponer su peculiar indicación quirúrgica.

Después de la Gran Guerra, cuando se conocieron y pudieron valorar los éxitos halagüeños de la radioterapia ginecológica en Alemania, se colocó este método físico a la vanguardia de los procederes aconsejados para el tratamiento de las enfermedades objeto de nuestro estudio.

En su más amplio sentido, la Radioterapia comprende, según los últimos convenios internacionales, las aplicaciones terapéuticas de los rayos de Roentgen y del Radium. Nosotros emplearemos los vocablos Roentgenterapia y Radiumterapia, para designar respectivamente uno u otro método de tratamiento.

La roentgenterapia, merced al perfeccionamiento extraordinario de los generadores de alta tensión y a la inventiva genial de Coolidge, es hoy preferida en casi todas las clínicas europeas y en muchas americanas. Sus indicaciones alcanzan el 90 x 100 de los casos.

Todos los fibromiomas intersticiales, los submucosos sesiles y aún algunos subperitoneales benefician seguramente de su acción. Ya el enclavamiento intrapélvico, los signos de comprensión, el volumen exagerado y las implantaciones submucosas sesiles dejaron de constituir contraindicaciones, como no lo son tampoco

la degeneración sarcomatosa del tumor, ni el epitelioma del cuello, ni la concomitancia de salpingo-ovaritis crónicas o pelviperitonitis plásticas. Lo que importa *es el diagnóstico oportuno de tales complicaciones,* para disponer a tiempo las variantes de técnica necesarias.

Los rayos X actúan sobre el fibromioma y los procesos hemorrágicos del útero por dos mecanismos distintos, que son: la lesión directa de la célula muscular del neoplasma y la regresión, cuasi fisiológica, inducida por el aniquilamiento de la función ovárica.

Sabemos que Albers Shonberg descubrió la radiosensibilidad de las células germinales del testículo y que Bergonié y Tribondeau (44) (45), primero, y Regaud y Blanc (46) (47) (48) (49), después, demostraron la realidad del hecho. Casi al mismo tiempo Halberstaedter (50), Reifferscheid (51), Bergonié y Tribondeau (52), Regaud y Lacassague (53) (54) (55) evidenciaron un efecto similar sobre los folículos ováricos tanto más sensibles cuanto más próximos a su madurez.

Estas experiencias confirmaron la posibilidad de la castración roentgeniana en condiciones semejantes a la menopausia fisiológica; esto es, sin lesión seria de la glándula intersticial ovárica, hecho importante que sirvió de base a las escuelas de Friburgo y Erlangen para trazar los planes de la curación fantástica de los fibromas uterinos por la esterilización roentgeniana de los ovarios en una sola sesión.

Si esto es verdad, no es menos cierto, también, que los rayos X ejercen otra acción positivamente destructora sobre la fibra muscular lisa del mioma. Es una tesis defendida primero por Bordier (7), más luego por Béclére (9) (56), Kelly (27) y Solomon (57), apoyándose en observaciones clínicas, y demostrada recientemente por Menard y Delval (58) en sus estudios anatomo-patológicos de fibromas irradiados. Por otra parte, sabemos por Ewing (36) que la célula miomatosa es más gruesa y más corta que la fibra muscular lisa normal y que, además, posee un citoplasma menos acidófilo y un núcleo mayor y más rico en cromatina; elementos todos demostrativos de su carácter neoplásico y, por consiguiente, de un posible atributo de radiosensibilidad marcada.

Mientras la acción específica de los rayos X sobre el epitelio germinativo del ovario ocasiona la menopausia artificial, la supresión de las hemorragias y cierto grado de regresión tumoral, su efecto directo sobre las células parenquimatosas del neoplasma y sobre sus vasos nutricios, es causa eficiente de aceleración constante en el proceso regresivo y de mayor eficacia de la acción hemostática.

Por lo que al ovario se refiere, no es absolutamente necesario suprimir la función sexual para curar ciertos fibromas y muchas metropatías. Aunque Seitz y Wintz (17) y la escuela de Friburgo lo creen indispensable, ahí están, sin embargo, las observaciones de Loubier (59), de Menard (60), de Colaneri (61), de David de Prades (62) y las propias nuestras para demostrar que es posible la curación clínica sin condenar los ovarios al aniquilamiento definitivo. En efecto, de una estadística de 18 casos de metropatías hemorrágicas tratadas por nosotros, contamos dos, ocurridas en mujeres jóvenes, una en 1923 (Caso VIII) y la otra en 1925 (Caso XII), que vieron desaparecer sus hemorragias y obtuvieron el restablecimiento normal de la menstruación, no alterada desde entonces, al exíguo precio de una amenorrea de cinco meses, la primera, y sin suspensión de reglas, la segunda; aquella es madre hoy de un hijo habido en parto nor-

mal y la otra, robusta y lozana, se prepara a contraer matrimonio. En el primer caso se administraron por dos campos, uno anterior y otro posterior, en dos sesiones con ocho días de intervalo, 1500 R francesas por sesión, filtrada, por 0.75 mm. de cobre y uno de aluminio, bajo una tensión de 180 KV. y a la distancia foco-piel de 50 cms.; en el segundo caso se usó una dosis algo mayor, 3150 R francesas, por un campo suprapúbico de 16 x 20 cms., distribuídas en cuatro sesiones durante un período intermenstrual. Los factores físicos fueron los mismos del anterior.

Suponiendo conocidas y constantes las condiciones en que se administra la irradiación, ha de tenerse en cuenta que, de la dosis aplicada a la superficie, sólo una fracción, variable según la energía y capacidad del equipo, se trasmite a la profundidad. Nosotros trabajamos con un generador Victor de 280 KV. y 30 MA. de capacidad a una tensión de 200 KV. y con un rendimiento de 25 M. A. por minuto; filtramos actualmente por 0.5 mm. de cobre y 2 de aluminio, más ciertos filtros accesorios de celuloide, cartón o lana; empleamos grandes puertas de entrada y dividimos la dosis según el método rápido. En estas condiciones el coeficiente de trasmisión a 10 cms. de profundidad fluctúa entre 30 y 35, factores que determinamos apelando a medidas ionométricas e intensiométricas.

Siguiendo a Béclere (63) es preciso distinguir la *dosis incidente* de la *cutánea* y la *profunda*. La dosis *incidente* es la cantidad de rayos X que cae sobre la piel. La dosis *cutánea* es la fracción de incidente absorbida por el tegumento. Se llama *unidad de dosis cutánea* la cantidad máxima absorbida por la piel conservando su integridad. La *dosis profunda* es la fracción de dosis incidente que se trasmite al punto más lejano del tumor o proceso a considerar. Se ha convenido en llamar *coeficiente de profundidad* la fracción de incidente que se mide con un ionómetro o intensímetro bajo una capa de 10 cms. de altura.

El ideal en radioterapia ginecológica es agrandar la diferencia entre la dosis incidente y la cutánea, mientras se reduce la que separa aquella de la profunda. La dosis cutánea es, pues, constante, siendo variables las otras dos. Aumentando el espesor de los filtros, elevando la tensión y ensanchando las puertas de entrada, se mejora el coeficiente de profundidad y, con ello, la eficacia de la irradiación.

Dos métodos roentgenterápicos se disputaron el favor de los radiólogos a prin de esta década, para combatir los fibromas y las hemorragias uterinas: uno de ellos es el *método de las dosis moderadas*, ideado por Albers Schonberg, mejorado por Bordier y perfeccionado por Béclere; y el otro el de la *dosis masiva, en una sola sesión,* preconizado por las escuelas de Friburgo y Erlangen. Ambos se anotaron éxitos brillantes, pero hemos de confesar que la administración de una dosis formidable de rayos X en una sóla sesión es un procedimiento brutal, preñado de inconvenientes y no exento de peligros.

Como resultado del pugilato entre las escuelas alemana y francesa, representadas, la primera, por el profesor Wintz y la segunda por el profesor Béclere (64) (65) (66) (67) (68) y su discípulo Solomon (69) (70) (71), se ha ido elaborando un método intermediario que parece destinado a aceptación general, porque evitando los peligros de la irradiación intensiva de Wintz y ahorrándose la lentitud criticada al de Béclere, permite la ejecución del tratamiento en pocos días sin exponer las enfermas a las desagradables manifestaciones del mal de las irradiaciones profundas. Me refiero al *mé-*

todo rápido de Ledoux-Lebard (72) cuyo principio fundamental consiste en la aplicación de la dosis necesaria en el transcurso de un período intermenstrual.

Es una técnica parecida a la que vengo desarrollando desde 1922. Nunca fuí partidario de irradiar en una sóla sesión. Comencé por imitar el método de Winter (73) (74), y durante los primeros meses, administré en dos días consecutivos la dosis ovárica calculada, utilizando dos puertas de entrada de 320 cms ^{2} una anterior, suprapúbica, y otra postérior, lumbosacra, pero ya a fines del mismo año, me decidí a fraccionar la dosis en cuatro sesiones, una cada 5 ó 7 días, que suelo empezar dos o tres después de concluído el flujo menstrual, cuidando de no irradiar más que un campo por sesión y de alternarlos rigurosamente.

Desde ese momento mis enfermas dejaron de experimentar los efectos de las irradiaciones ultrapenetrantes.

Al principio, tamizaba los rayos por filtros de un milímetro de cobre; pero convencido en mi segundo viaje a Europa, de que cinco décimas de un milímetro de cobre, respaldadas por dos milímetros de aluminio y otro filtro accesorio en celuloide, madera o lana, son bastantes para depurar y homogeneizar el fascículo radiante, necesario en estos casos, desde mi regreso no empleo filtraciones más gruesas.

Mi estadística no es muy extensa. Comprende solamente 6 fibromiomas, 23 metropatías hemorrágicas y 4 esterilizaciones ováricas. Tal pequeñez de números no puede extrañaros. Ejerzo en un medio privado y no puedo contar con la cooperación de médicos y cirujanos que, poco familiarizados todavía con la eficacia de las radiaciones X y del Radium, prefieren la intervención quirúrgica en todos los casos. Sin ir más lejos, el segundo caso de fibromioma que vino a mis manos, allá en marzo de 1922, ocurría en una señorita de Aguadilla y fué innecesariamente operada por un distinguido cirujano de San Juan a solicitud de un no menos ilustre médico, ambos buenos amigos míos, 48 horas después de una fuerte dosis de rayos ultrapenetrantes. Los dos colegas, desconociendo, entonces, los principios y aplicaciones de la radioterapia ginecológica, creyeron de buena fe en su fracaso, porque en el breve lapso de seis semanas no había logrado suprimir totalmente las hemorragias ni achicar el volumen del tumor que, dicho sea de paso, tampoco tuvieron oportunidad de examinar ni medir antes de la irradiación.

Exceptuando este caso, en los otros cinco el éxito fué completo: supresión de las hemorragias después de la primera o segunda menstruación, regresión progresiva del tumor hasta la desaparición completa. Una enferma se trató según el método de las dosis moderadas de Béclere, a 100 KV. bajo una filtración de 3 mm. de aluminio, cilindro compresor y distancia focal de 20 cms. Se necesitaron cuatro sesiones. En uno, se aplicó el método de Winter dando 3000 R francesas por cada una de las puertas abdominal y lumbosacra. Las otras tres se sometieron a la irradiación rápida, según el método de Ledoux-Lebard, más o menos modificado, recibiendo la dosis mayor por la puerta suprapúbica, entre 3800 y 4500 R.

En cuanto a las metropatías hemorrágicas, 18 casos se trataron con la misma técnica, aplicando aproximadamente una dosis igual, con excepción de las dos jóvenes mencionadas en quienes no se llegó a la amenorrea definitiva. En 14 cesaron las hemorragias y sobrevino la menopausia artificial, sin recaída hasta la fecha. En una desaparecieron las hemorragias, pero persistieron las reglas nor-

males en fecha y cantidad; al cabo de un año vuelven las hemorragias y se practica un nuevo tratamiento, a partir del cual nada sabemos de la enferma que reside en Santo Domingo.

En los 4 casos de castración ovárica requerida por contraindicación formal de la gestación en multíparas se apeló al mismo proceder, obteniendo en todos la amenorrea, definitiva en 3, y temporal solamente en una multípara de 12 hijos. Un nuevo tratamiento administrando 3500 R por cada una de las dos puertas reglamentarias, trajo la menopausia permanente.

Hemos dejado para referir en último término cinco casos tratados con Radium, porque ellos constituyen un brillante exponente de sus indicaciones.

Como dijimos en otro lugar, la Radiumterapia, haciendo pareja con la Roentgenterapia y, a veces, disputándole sus indicaciones, se ha conquistado, gracias al esfuerzo de numerosos investigadores europeos y americanos, un puesto brillante junto a los agentes más eficaces contra los procesos hemorrágicos de la matriz. A esta brillante labor van unidos, entre otros muchos, los nombres de Jean Louis Faure (75), Gagey (76) (77), Simone Laborde (79), Regaud, Nogier y Condamin en Francia, y los de Corscarden (80), Clark (81) (82) (83) (84), Stacy (85) (86), Kelly y Kennedy (87) (88) en América.

Todos los radiólogos y cirujanos deben aceptar hoy que el *Radium es el específico de las hemorragias uterinas.* Si no en todas las metropatías, se encuentra indicado en aquellas que no se compliquen de degeneración maligna de la mucosa del cuerpo, ni de procesos supurativos agudos o crónicos de los anejos. Llena asimismo una buena indicación en los fibromiomas pequeños y en los submucosos sesiles, de igual modo que en los mayores acompañados de hemorragias graves que requieren la inmovilidad de la enferma.

En cambio, los fibromas intersticiales voluminosos, los que ocurren en mujeres vírgenes, los complicados con salpingitis y pelviperotinitis crónicas, los que evolucionan después de la menopausia, las hemorragias juveniles y aún las de la edad crítica, por razones económicas y de conveniencia social, deben someterse a la roentgenterapia.

En los cinco casos de mi estadística hay uno que merece especial atención. Trátase de una mujer de 35 años, madre de cinco hijos, que venía sufriendo de metrorragias desde dos años antes; el útero en retroflexión es flácido, mide 10 cms. de longitud y presenta el orificio externo del cuello abierto. Hago una aplicación intracervical destruyendo cerca de un milicurie a través de un filtro principal de 0.15 mm. de platino; y otra aplicación intrauterina a la dosis de 4 y medio milicuries destruidos en tres días, pasándolos por una filtración de medio mm. de bronce + 0.15 mm. de platino y uno de goma. Las hemorragias se curan y pocos meses después quedó la enferma embarazada y alumbró felizmente su hijo, sin recaída postpartum.

Otro caso, visto en consulta con los doctores Biamón, del Toro y Cancio, se refiere a una señora en estado de anemia grave, con no más del 20% de hemoglobina, determinado por hemorragias frecuentes y copiosas. Una dosis de 11 mcd. en 48 horas, por aplicación intrauterina, a través de un filtro de ½ mm. de bronce + 0.15 de platino + uno de goma, hizo desaparecer las metrorragias y restableció en menos de tres meses el vigor y la salud perdidas.

Un caso de los compañeros Font y Díaz García, visto hace cinco años en el Hospital Municipal, con hemorragias profusas, útero flácido y anemia extrema, casi

moribunda, surgió a la vida después de una aplicación intrauterina de 18 mcd. a través de un filtro de 1 mm. de bronce + 0.15 de platino + uno de goma.

Dos casos más, uno en consulta con el Dr. Biascoechea, en la Clínica Miramar, y otro con el Dr. del Toro, en el Puerto Rico Sanatorio, no habían llegado a situaciones desesperantes, pero sufrían también de hemorragias copiosas. Ambas se trataron con 18 mcd. a través de una filtración equivalente a 1 mm. de platino + uno de goma, y curaron de sus hemorragias.

En todos los casos que recibieron más de 10 mcd. sobrevino la amenorrea definitiva, aún en mujeres jóvenes; y no podía suceder de otro modo, pues está comprobado que 10 mcd. suprimen definitivamente la ovulación.

Los hechos que acabamos de referir, las adquisiciones de la radiofisiología y la experiencia, demuestran hasta la saciedad que el 90% de los fibromiomas y casi todas las metropatías hemorrágicas, pueden curarse ventajosamente por métodos físicos, de eficacia indudable, que ahorran a la enferma los riesgos de una operación grave y las molestias y peligros de la anestesia general.

Dentro de ese criterio, la *Cirugía no puede*, entonces, *llenar otras indicaciones que las que resulten contraindicaciones formales de la radioterapia.*

Y en el seno de este proceder terapéutico habremos de preferir, en términos generales, los rayos X para el tratamiento de los fibromas palpables, de las disovarias hemorrágicas virginales y de la menopausia, mientras que al Radium corresponde la primacía contra las metrorragias graves, los fibromas pequeños y las metropatías del período de actividad sexual.

Como dicen Belot y Aimard (89) *"la exéresis, método interesante del pasado, cuando no se disponía de otro mejor, es un acto brutal, bárbaro y mutilante, que día por día cede terreno ante el empuje triunfal de la radioterapia, procedimiento suave, electivo, estético; terapéutica ideal del presente contra el fibroma uterino y método que un porvenir cercano parece reservar al Cancer."*

Tal cambio de rumbos, tan seductora y eficaz simplificación en la terapia del grupo más numeroso de dolencias femeninas, fué posible gracias a tres sensacionales acontecimientos en la evolución de la Radiología médica. Me refiero a la invención y perfeccionamientos de la ampolla Coolidge, a la genial creación por Dessauer de los generadores en cascada y al desarrrollo y ajuste internacional de un sistema práctico y preciso de dosimetría radiológica.

CASUISTICA

FIBROMIOMAS.

Caso No. 1. 1922 (Dorado).

C. G.—Nulípara de 44 años, afecta de insuficiencia aórtica y nefritis crónica, presenta un fibromioma palpable, encajado en la pelvis y remontando en el vientre 10 cms. sobre el pubis. Lo trato con el método de Bordier irradiando quincenalmente y en la misma sesión por dos campos abdominales de 100 cms.^{2}, a ambos lados de la línea media. La dosis por campo y sesión es equivalente a 10 H, medidas con el radiómetro de Corbett, bajo las constantes siguientes: Kilovoltios 100; Filtración 3 mm. de aluminio; Distancia foco-piel 20 cms; intensidad en el tubo 5 miliamperios. El tumor disminuye poco a poco de volumen; en el momento de la cuarta sesión ya no se eleva sobre el pubis más que 7.5 cms. Esta última dosis se administró por un sólo

campo abdominal de 16 x 20 cms. empleando técnica diferente; los factores fueron: K.V. 200; F. O6 mm. de cobre + 1 de aluminio; Distancia foco-piel (D) 50 cms. y dosis 800 R de Solomon.

Desaparecieron las hemorragias y se suprimieron las reglas sin más tratamiento.

Caso II. 1922 (Aguadilla).

R. Y.—Soltera, 32 años, presenta un voluminoso fibroma de evolución abdominal, donde remonta hasta el ombligo. Las metrorragias profusas han determinado fuerte anemia secundaria. Se trata por dos campos de Warnekros que miden 20 x 20 cms., uno supra-público y el otro lumbo-sacro. Los factores de irradiación fueron: K.V. 200; F. 1 mm. Cu (cobre) + 1 mm. Al; D. 50 cms.; Intensidad (I) 5 miliamperios (ma); dosis total por campo, 2000 R de Solomon, equivalentes a 1000 *r* internacionales. El tratamiento se completó en 6 días y la dosis total profunda (a 10 cms.) fué el 35% de la incidente o sea 1400 *R.S.*=700 *r*. Durante el tratamiento y algunas horas después la enferma experimenta fuertes manifestaciones del "mal de las irradiaciones penetrantes", caracterizadas por gastralgia, estado nauseoso, mareos y vómitos.

La metrorragia se modera, pero no se suprime la menstruación siguiente; razón por la cual se comienza una serie nueva seis semanas después de la primera, administrando por el campo anterior, y con iguales factores, 2400 R. S.

En ese estado la examina, al otro día, un colega distinguido que, desconociendo los efectos de la radioterapia sobre estos procesos, aconseja, sin consultarme, una intervención quirúrgica, que innecesariamente se practicó 48 horas después de la última irradiación. Ni la enferma, ni la familia, ni el médico consultor tuvieron la prudencia de aguardar los efectos de la radioterapia.

Caso III. 1922 (Quebradillas).

M. de Ch.—Nulípara de 49 años, ofrece al examen un fibromioma hemorragíparo de evolución abdominal, palpable a 11 cms. sobre el arco pubiano. Se trata por el método intensivo, administrando la dosis necesaria en dos días consecutivos. Utilizamos una puerta anterior suprapúbica de 25 x 25 y otra posterior lumbosacra de 20 x 20. Por cada una se aplicaron 3000 R.S. o sea 1500 *r* con los factores siguientes: K.V. 200; F. 1 mm. Cu + 1 Al; D. 50 cms.; I. 5 ma.

Hubo escasa reacción general y local, pigmentación tardía, suspensión permanente de las reglas, supresión de las metrorragias y disminución constante del fibroma, hasta la desaparición total.

Caso IV. 1922-1923. (San Juan).

C. B. de B.—Soltera de 35 años, presenta un fibromioma de evolución abdominal, que sube 12 cms. sobre el pubis. Los síntomas principales son hemorragias profusas, anemia secundaria grave, extenuación marcada y tumor palpable. En vista de las condiciones precarias de la enferma, dividimos la dosis en cuatro fracciones, que administramos a intervalos irregulares desde el 9 de Diciembre al 7 de Enero siguiente. Los factores constantes fueron: K.V. 200; F. O75 mm. Cu + 1 mm. Al+5 mm. cuero; D. 50 cms.; I. 5 ma. y C. 16 x 20 cms. En la primera sesión, el 9 de diciembre, se administraron 2100 R.S. (1050 *r*) por el campo suprapúbico; en la segunda, 6 días después, 1700 R.S. (850 r.) por el mismo campo; en la tercera, el 31 de diciembre, 2900 R.S. (1450 r.) por el campo lumbo-

sacro y en la última, el 7 de enero 1923, 1700 R.S. (850 r.), también posteriores. En total, 3800 R. S. (1900 r.) por delante y 4600 R. S. (2300 r.) por detrás.

Sobrevino pigmentación tres semanas después, cesaron las hemorragias, se suprimieron las reglas y el tumor regresó rápidamente.

Caso V. 1923. (Vega Alta).

L. M. de P.—43 años. Nulípara. Fibromioma hemorragíparo 9 cms. sobre el pubis. Los factores de irradiación fueron: K.V. 200; F. O75 Cu + 1 Al + 2 cuero; D. 50 cms.; C. 16 x 20 cm. Se fraccionó la dosis en 3 sesiones practicadas como sigue: 12 de febrero, 2200 R. S. (1100 r.) por el campo anterior; 17 de febrero, 2100 R.S. (1050 r) posteriores y 3 de marzo, 2100 R. S. (1050 r.) anteriores. En total 4300 R. S. (2150 r.) anteriores y 2100 R. S. (1050 r.) posteriores. Esta señora demostró una hipersensibilidad cutánea a los rayos X, pues la primera dosis de 2200 R. S. produjo marcado eritema en el vientre y lo mismo ocurrió con las 2100 R. S. en la región lumbo-sacra, circunstancia que nos obligó a posponer 15 días la aplicación del resto de la dosis abdominal.

Las reglas se suprimieron desde abril y, cinco meses después, el tumor se había reducido al 1/5° de su volumen. En marzo de 1925 el útero se encontró normal.

Caso VI. 1926. (Mayagüez).

S. G. de P.—Multípara de 48 años, con nefritis parenquimatosa grave e hipertensión arterial, que acusa presiones de 270 Máx. y 170 Mín. medidas con el Pachón; presenta un voluminoso fibroma que mide sobre el pubis 22 cms. x 18 de anchura y con una cavidad de 16 cms. Hay metrorragias abundantes y signos de compresión vesical y rectal. Se trató según el método rápido de Ledoux-Lebard modificado. Se utilizaron dos grandes campos de 20 x 24 cms., uno abdominal, otro lumbosacro. Los factores constantes fueron: K.V. 200; F. 1 mm. Cu + 1 Al + 2 Celuloide; D. 50 cms.; I. 25 ma.; Tubo Coolidge enfriado por agua. La dosis se dividió en 5 fracciones, administradas como sigue: por el campo anterior, 1713 R. S. el 28 de enero; 1713 el 5 de febrero y 1427 el 13 del mismo mes; por el campo posterior 1713 el 1º y el 9 de febrero; en total 4853 R. S. (2426 *r.*) por el vientre y 3426 (1713 *r.*) por detrás; el cociente de profundidad es 35.

La reacción general fué casi nula; la local se limitó a la depilación temporal del pubis y pigmentación tardía. Las hemorragias desaparecieron, la regla se suprimió definitivamente y el tumor comenzó a regresar apenas terminado el tratamiento; a las seis semanas sólo medía 15 x 13 cms.; a los tres meses 13 x 11 y a los seis meses 8 cms. sobre el pubis.

METROPATÍAS HEMORRÁGICAS

Caso I. 1922. (San Juan).

M. Z. de E.—Nulípara. 40 años. Retroversión uterina y metropatía hemorrágica. Factores de irradiación: K.V. 200; F. 0.75 mm. Cu + 1 Al; D. 50 cms.; I. 5 ma.; C. 16 x 20. En junio se aplicaron por el vientre 2150 R.S., equivalentes a 1075 *r* internacionales; un mes después se irradia de nuevo por el vientre con 2800 R.S. Se suprimen las metrorragias y suspende la menstruación por ocho meses, al cabo de los cuales retorna normal.

Caso II. 1922. (San Juan).

S. de la R.—Multípara de 47 años, sufrió la amputación del cuello uterino en 1898; tuvo cinco hijos después y fué operada de

fibroma submucoso pediculado en 1920. Desde entonces metrorragias frecuentes. La histerometría es normal. No hay signos de malignidad. Se diagnostica metritis hemorrágica y se irradia en dos días consecutivos, según el método intensivo, aplicando el primer día, 6 de julio, por un campo suprapúbico de 23 x 25 cms., 2625 R.S. y al día siguiente, por el lumbosacro de 23 x 24, otras 2625. Las constantes usadas fueron K.V. 200; F. 0.75 mm. Cu + 1 Al; D. 50; I. 5 ma. La reacción general consistió en malestar, náuseas, anorexia y debilidad; localmente eritema a los 8 días, prurito intergluteo más tarde. Se suprimen las metrorragias y sobreviene la menopausia permanente.

Caso III. 1922. (Santurce).

Y. F. Vda. de T.—Nulípara de 42 años. Metritis hemorrágica, tratada según el método intensivo y las constantes siguientes: K.V. 200; F. 0.75 Cu + 1 Al + 5 cuero; D. 50; I. 5 ma. y dos campos, anterior y posterior, de 16 x 20. En Dbre. 8 se aplican 4000 R.S. por el vientre y en Dbre. 9, 2400 por detrás. Mal de irradiaciones penetrantes. Eritema y pigmentación a la tercera semana. Ultima regla el 21 de diciembre. Menopausia definitiva después.

Caso IV. 1922 y 1924.

(La Vega, República Dominicana).

G. de A.—Señora de 25 años, operada de pólipos uterinos y 3 legrados ineficaces en su país. Metritis hemorrágica con cavidad uterina de 9 cms. Se irradia en las condiciones siguientes: dosis única de 3900 R.S. por un campo anterior de 20 x 20 cm. con 200 K.V.; F. 1 mm. Cu + 1 Al + 5 cuero; D. 50; I. 5 ma. Tres días después de la aplicación se suprimen las hemorragias. No se buscaba la menopausia. Las reglas se hacen normales hasta febrero de 1924 en que retornan las menorragias. Entonces repito la irradiación con los mismos factores, pero dividiendo la dosis en 4 sesiones, una cada día consecutivo; se utilizaron dos campos, uno suprapúbico, otro lumbo-sacro de 20 x 20; y por cada uno se aplicaron 3000 R. S.

No hemos tenido noticias posteriores del caso.

Caso V. 1922. (San Juan).

C. L. de S.—Multípara de 46 años. Metropatía hemorrágica premenopáusica tratada según el método intensivo en Octubre 30 y Nbre. 1º, por dos campos, uno anterior y otro posterior, de 20 x 20. Por el primero se administraron 3500 R.S. y por el segundo 1750, a 200 K.V.; D. 50 y F. 0.75 Cu + 1 Al. Menopausia permanente inmediata.

Caso VI. 1922 (Sto. Domingo, R. D.)

F. G. de J.—47 años. Metritis hemorrágica complicada de hipertiroidismo. Se trata con factores iguales al caso anterior. Dosis 3500 R.S. por delante y 1620 por detrás. Mucho malestar y vómitos después del primer tratamiento. No hubo eritema franco, pero sí pigmentación secundaria. Se obtiene la menopausia definitiva.

Caso VII. 1923. (Santurce).

Z. R. de F.—Multípara de 31 años. Metritis hemorrágica. Se trata con los factores siguientes: K.V. 200; F. 0.75 Cu + 1 Al + 2 celuloide; D. 50; campo anterior de 20 x 20. Dosis única de 2352 R.S. Normalización de las reglas.

Caso VIII. 1923. (Corozal).

E. E. de L.—21 años. Nulípara. Metritis hemorrágica juvenil. Se trató con los siguientes factores: K.V. 180; F. 0.75 Cu + 1 Al; D. 50; dos campos de 20 x 20, uno anterior, otro posterior. Dosis: el 26 de Sept. 1500 R.S. por delante; el 27 otras 1500 R. por detrás. No se busca la amenorrea permanente. Las hemorragias cesan y la regla se suspende durante 5 meses, para retornar normales. Suceden dos embarazos, interrumpidos por aborto espontáneo. En junio de 1926 da a luz una criatura de término y saludable.

Caso IX. 1924. (Cataño).

J. C. de G.—Multípara de 30 años. Metritis hemorrágica. Factores: K.V. 200; F. 0.75 Cu + 1 Al + 2 Cel.; D. 50; dos campos de 20 x 20. Se trata con el método rápido de Ledoux-Lebard. Dosis: en marzo 12, por el campo anterior, 2250 R.S.; en marzo 16, por el posterior, 1540 y el día 19, por delante, 680; en total 2930 R.S. anteriores y 1540 posteriores. Menopausia permanente hasta hoy.

Caso X. 1924. (Seibo, R. D.)

T. de B.—Multípara de 49 años. Metritis hemorrágica. Por desperfectos en el equipo de terapia profunda se emplearon dos técnicas: comenzamos con K.V. 200; F. 1 mm. Cu + 1 Al + 2 cel.; D. 50 y campos de 20 x 20, administrando el 10 de Octubre 1900 R. S. por delante y, al otro día, 950 más por el mismo campo. Desde el 17 cambiamos los factores por K.V. 140; F. 0.6 Cu + 2 Cel.; D. 50 y aplicamos 1017 R. S. ese día y 534, el siguiente, por el campo posterior. El 20 se dieron 483 por delante. En suma, 3333 por delante y 1551 por detrás. Hubo ligero eritema a los 9 días, se suprimieron las metrorragias y vino la menopausia definitiva.

Caso XI. 1925. (Bayamón).

M. C. de O.—Multípara de 32 años. Metritis hemorrágica. Se trató con K.V. 200; F. 0.75 Cu + 1 Al + 2 cel. a 50 de D. y campos de 20 x 20. Se empleó el método rápido de Ledoux-Lebard, como sigue: en marzo 26, por el campo anterior, 1750 R.S.; en marzo 30, por el posterior, 1750; en abril 3, por el anterior, 875; en abril 7, por el posterior, 875; en abril 11, por el anterior, 910 R. S. y en abril 15, por el posterior, 875. Total 3535 por delante y 3500 por detrás. No hubo reacciones. Menopausia permanente.

Caso XII. 1926. (Bayamón).

C. G.—Soltera de 19 años. Metritis hemorrágica juvenil. Iguales factores que el anterior, pero utilizando un solo campo, anterior y suprapúbico, de 20 x 16 cms. En agosto 19 se aplican 350 R.S.; en agosto 23, 1050; el 31 de agosto, 700 y el 7 de sept. 1050. Total 3150 R.S. No se busca la amenorrea permanente. Supresión de las hemorragias, normalización de las reglas hasta hoy.

Caso XIII. 1926. (San Juan).

M. T. de S.—Nulípara de 39 años. Metritis hemorrágica con anemia secundaria. Se emplea el método rápido de Ledoux-Lebard. Factores: los mismos del caso anterior, con dos campos, uno suprapúblico, otro lumbosacro; por el campo anterior se administraron, las días 7 y 19 de agosto, 1750 R.S. cada vez; por el posterior, 1750 R. cada uno de los días 11 de agosto y 4 de Sept. Total 3500 R.

por campo. La regla se presentó por última vez entre la tercera y la cuarta sesiones. Desde entonces la amenorrea es permanente.

Caso XIV. 1926. (San Juan).

Sor J. S.—46 años. Metritis hemorrágica. Método Ledoux-Lebard, con los mismos factores del anterior. Agosto 7, campo anterior, 1862 R.S.; agosto 11, campo posterior 1750; agosto 16, campo anterior 1750; agosto 21, campo posterior, 1750. Total 3612. R.S. anteriores y 3500 R.S. posteriores. Se obtiene la menopausia definitiva, que se acompaña de fuertes oleadas de calor y copiosos sudores por más de un año.

Caso XV. 1926. (San Juan).

H. F. Vda. de B.—Multípara de 48 años, operada por mí en 1906 de ovariectomia derecha, ventrofijación y perineorrafia. Metropatía hemorrágica de la menopausia. Iguales factores que el anterior: Oct. 20, campo anterior, 2100 R.S.; Oct. 25, campo posterior, 2100 R.S.; y Oct. 29, campo anterior, 2100. Total 4200 R. anteriores y 2100 posteriores. Amenorrea absoluta desde entonces.

Caso XVI. 1926. (Toa Alta).

E. S. de S.—Multípara de 47 años, con nefritis crónica, laceración del cuello uterino y hemorragias de la menopausia. Factores, como en el precedente. En Dbre. 11, campo anterior, 2100 R.S.; en Dbre. 18, campo posterior, 2100; en Dbre. 29, campo anterior, 2100 y en enero 5 de 1927, por el campo posterior, 2100. Total 4200 R.S. por campo. Mal de irradiaciones con anorexia y debilidad general. Se obtiene la amenorrea permanente.

Caso XVII, 1927. (Mayagüez).

P. B. de Ph.—Multípara de 48 años, operada hace mucho tiempo de amputación del cuello uterino y ligadura de las trompas. Hemorragias de la menopausia. Se emplea el método rápido, con los mismos factores de los otros casos. Febrero 8, campo anterior, 1680 R.S.; febrero 12, campo posterior 1771; febrero 16, campo anterior 1820 y febrero 21, campo posterior, 1792. Total 3500 por delante y 3563 por detrás. Amenorrea definitiva.

Caso XVIII. 1928. (Santurce).

C. G. de Q.—Unípara de 27 años. Metritis hemorrágica. Los mismos factores de irradiación. Mayo 16, campo anterior, 2750 R.S.; mayo 23, campo posterior, 2750; mayo 30, campo anterior, 2750 y abril 7, campo posterior, 2750. Por todo, 5500 por campo en tres semanas. La primera sesión suprimió la hemorragia a las 48 horas y, desde entonces, la amenorrea es absoluta.

ESTERILIZACION OVARICA

Caso I. 1922. (Humacao).

M. de B.—Multípara de 32 años. Dispepsia nerviosa con enterocolitis. Embarazos acompañados de graves trastornos vagosimpáticos. Se procede a la castración roentgeniana por el método intensivo utilizando dos grandes campos de 20 x 20. Factores: K.V. 200; F. 1 mm. Cu + 1 Al; D. 50; I. 5 ma. Dosis: 3000 R. S. por el campo anterior, el 5 de junio, y otras 3000 por el posterior al día siguiente; sobre los ovarios, 2100 R.S. equivalentes a 1050 *r* internacionales. Se obtuvo una menopausia temporal de 2 años; luego la regla reapareció, aunque interrumpida por largos períodos de amenorrea.

Caso II. 1925. y 1926.

D. Y. de L.—Multípara con 13 hijos y 5 abortos a los 41 años. Trastornos cardíacos serios durante los embarazos. Se procede a la castración roentgeniana con el método rápido y los factores: K.V. 200; F. 0.75 Cu + 1 Al + 2 Cel.; D. 50; I. 25; campos de 20 x 20. Enero 5, 1925, campo anterior, 1750 R.S.; enero 7, campo posterior, 1750; enero 10, campo anterior, 1750 y enero 14, campo posterior, 1600. Total 3500 R.S. por delante y 3350 por detrás en diez días. Suspensión de reglas durante un año. En marzo de 1926 nuevo tratamiento con los mismos factores, distribuído en un mes, administrando cada uno de los días 3, 10, 27 de marzo y el 3 de abril, 2100 R.S. por una puerta anterior o posterior. La dosis esta vez alcanzó a 4200 R.S. (2100 *r*) por campo. La menopausia persiste desde entonces, con oleadas de calor, pero sin sudores ni constipación.

Caso III. 1926. (San Juan).

D. L. de T.—Multípara de 46 años. Anemia intensa. Se procede a la castración con los factores siguientes: K.V. 200; F. 0.75 Cu + 1 Al + 2 cel.; D 50; I. 25; C. 16 x 20. Mayo 27, puerta anterior, 2100 R.S.; abril 3, puerta posterior, 2100; abril 10, puerta anterior, 2100 y abril 24, puerta posterior, 875. Total: 4200 R. por delante y 2900 por detrás en cuatro semanas. Supresión total de las reglas sin fenómenos menopáusicos molestos.

Caso IV. 1928. (Luquillo).

S. S. de D.—Multípara con 11 hijos, de 38 años de edad. Vómitos intensos con los embarazos. Anemia moderada. Se procede a la esterilización ovárica con los factores siguientes: K.V. 200; F. 0.5 Cu + 2 Al; D. 50; I. 25. Método rápido. Nov. 17, campo anterior de 16 x 20 cms. 2200 R.S.; Nov. 21, campo posterior de 20 x 20 cms., 2200 R.S.; Nov. 26, campo anterior, 2200; Nov. 30, campo posterior, 2640. Total: 4400 R.S. por delante y 4840 por detrás. El caso es muy reciente para comentarios.

REFERENCIAS

(1)—ALBERS SCHONBERG — Ueber eine bisher unbekannte Wirkung der Roentgenstrahlen auf den Organismus der Thiere (**Münch. Med. Wochens. 1903**), citado por H. Bordier.

(2)—FOVEAU DE COURMELLES—**Comptes Rendus Academie des Sciences 11 Janvier 1904**, citado por Bordier.

(3)—DEUTSCH— **Münch. Med. Wochenshrift 13 Sept. 1904.**

(4)—IMBERT—**Archives d'Electric. Med. 1905**

(5)—ALBERS SCHONBERG—Técnica de la radioterapia ginecológica. Ref. en **Arch. d'Electricité médicale 1909.**

(6)—H. BORDIER—Traitement radioth, des fibromes interst. de l'Utérus. Menopause artificielle précoce, trois guerisons. **Arch. d'Electr. Med. 1909.**

(7)—H. BORDIER—Trait. radioth. des fibromyomes utérins. **Revue de Gyn. et de Chir. Abdom. 1911.**—Pag. 475.

(8)—BERGONIE ET SPEDER—Congress de Tolouse (1910). **Arch d'Electrc. Med. Jan. 1911.**

(9)—A. BECLÉRE—Le trait. des fibromes utérins par les rayons de Roentgen. **Congrés intern. de Med. London 1913.**

(10)—GAUSS—Neue radiotherapeutische Erfahrungen in der Gynak (**Zentralb. fur Gynak, 1911).**

(11)—GAUSS U. LEMBECKE—Die Roentgentiefentherapie in der Gynak. 1913.

(12)—KRONIG U. GAUSS—Zur Roentgenbehandlung der Myome (**Deut Med. Woch. 1912).**

(13)—KRONIG Y GAUSS—La radioterapia y el tratamiento quirúrgico de los miomas y de las hemorragias uterinas; sus indicaciones **(Münch. Med. Woch. Julio 1911)**, referencia de Calatayud en "La radioterapia de los fibromiomas uterinos". **Revista Española de electricidad y Radiología Médica, Enero 1913.**

(14)—KRONIG Y GAUSS—Castración operatoria o tratamiento roentgen de los miomas. **(Münch Med. Woch. 1912).** Referencia de Calatayud en la **Revista esp. de electr. med. Agosto 1912.**

(15)—KRONIG U. FRIEDRICH—Die Strahlenbehandlung der Myome in einer einmaliger Sitzung **(Münch. Med. Woch. 1915).**

(16) — KRONIG, FRIEDRICH AND H. SCHMITZ—Radiation Therapy. N. Y. Rebman and Co.

(17)—SEITZ Y WINTZ—La curación de los miomas y metropatías en una sesión por la irradiación intensiva filtrada por zinc. **Strahlenth. 1918.** Extractado por Iser Solomon.

(18)—L. SEITZ Y WINTZ—Unsere Methode der Roentgen tiefentherapic und ihre Erfolge **(Strahlenth. 1920).**

(19)—ROBERT ABBE—(1905). Citado por Sympson en su obra "Radiumtherapy". Saint Louis, 1922. Pag. 241.

(2d)—OUDIN ET VERCHERE—Le Radium en Gynecol. **C. R. A. des Sciences—1906).**

(21)—H. CHERON—De la radiumthérapie des fibromes hémorragiques. **(La Gynécologie. Sept. 1910).**

(22)—H. CHERON—De la radiumth. des fibrome utérins. **(Arch. d'Elect. Med. Avril 1911.**

(23)—MDME. FABRE.—Applications du Rad. en Gyn. **(Revue Pratique d'Obst. et de Gyn. 1909).**

(24)—L. WICKHAM ET DEGRAIS — Radiumtherapy. London 1910.

(25)—H. A. KELLY AND BURNAN—Radium in the Treat. of Uterine Hemorrhage and Fibroid tumors. **(J. A. M. A. 1914).**

(26)—H. A. KELLY—The Rad. Treat. of Fibroid tumors. **(Surg. Gyn. and Obst. 1915).**

(27)—H. A. KELLY—Two Hundred and ten fibroid tumors treat. by Radium. **(Surg. Gyn. and Obst. 1918).**

(28)—CONDAMIN ET TH. NOGIER—La radiumthérapie en Gynécologie. **(Lyon Med. 1918)**

(29)—R. CONDAMIN. — La radiumthérapie dans le trait. des fibromes utérins. **Lyon Med. 1920).**

(30)—TH. NOGIER—La radiumthérapie des fibro-myomes utérins (Journ de Rad et d' Electr. Paris, 1920).

(31)—TH. NOGIER—Surle trait. des fibromyomes utérins par le Radium. **(Journ. de Rad. et. d'Electr. 1922).**

(32)—VIRCHOW—Traité des tumeurs **(trad. francesa (1871)**

(33)—COHNHEIM — Allgemeine Pathologie (Berlin 1882).

(34)—LEOPOLD — **(Virchow's Arch. Bd. LXXXV).**

(35)—WILLIAMS—Uterine Tumors, 1901 (Citado por Ewing).

(36)—JAMES EWING —Neoplastic Diseases. 1928.

(37)—KLEBS—Handbuch det Path. Anatomie—Berlin 1876.

(38)— KLEINWATCHER — Zeitschrift fur Geburtshulfe and Gynakologie 1883.

(39)—PILLIET—Une hypothése sur l'origine des fibromyomes. **(Soc. Anat. Janv. 1894) y Memoires de la Soc. de Biolg. mars. 1896).**

(40)—S. RECASENS Y V. CONILL—Radioterapia profunda y radiumterapia en Ginecología—Barcelona 1918.

(41)—F. W. LYNCH AND A. F. MAgWELL —Pelvic Neoplasms. N. Y., 1922.

(42)—TILLAUX—**(Ann de Gynécologie 1887)** Citado por Ewing.

(43) — GUSSEROW—Citado por Hart and Barbour in "Manual of Gynecology," 1904.

(44)—BERGONIÉ ET TRIBONDEAU —Action des rayons X sur les spermatozoides de l' Homme. **(C. R. Sec. Biol. 1904)**

(45)—BERGONIÉ ET TRIBONDEAU — L' Action des rayons X sur le testicule du Ra blanc. **(C. R. Soc. Biol. 1905).**

(46)—REGAUD ET BLANC—Action des rayons X sur les divers générations de la lignée spérmatique. **(C. R. de la Soc. de Biol. 1906).**

(47)—REGAUD ET BLANC—Action des rayons de Roentgen sur les éléments de l' épithelium seminal **(C. R. Soc. de Biol. 1906).**

(48)—REGAUD ET NOGIER —Stérilisation complete et definitive des testicules du Rat sans aucune lésion de la peau, par une appli-

cation unique de rayons X filtrés. **(C. R. de l' Acad. des Sc. Dec. 1904).**

(49)—REGAUD ET NOGIER —Stérilisation roentg. totale et définitive, san radiodermite, des testicules du Belier adulte. Conditions de sa réalisation. **(C. R. Soc. de Biol. 1911).**

(50)—HALBERSTAEDER— Die Einwirkung der Roentgenstrahlen auf Ovarien **(Berliner Klin. Wochens. 1905)** Action des rayons X sur l'ovaire **(Semaine Méd. 22 feb. 1905—Paris).**

(51)—REIFFERSCHEID — Histolg. Unters. uber die Beeinflussung mensch. und thierischer Ovarien dürch Roentgenstrahlen **(Zeitsch, fur Roentgenk. u. Radiumfors. 1910).**

(52)—BERGONIÉ, TRIBONDEAU ET RECAMIER—Action des rayons X sur l'ovaire de la Lapine **(C. R. Soc. de Biol. 1905).**

(53)—REGAUD ET LACASSAGNE—Sur les conditions de la stérilisation des ovaires par les rayons X. **(C. R. Soc. Biol. 1913).**

(54)—LACASSAGNE— Etude histol. el physiol. des éffects produits sur l'ovaire par les rayons X. **(These de Lyon 1913).**

(55)—REGAUD ET LACASSAGNE—Sur la radiosensibilité aux rayons X des cellules épithel. des follicules ovariens chez la Lapine **(C. R. Soc. Biol. 1913).**

(56)—A. BECLÉRE—La Radiothérapie des fibro-myomes utérins. Congrés de Bruxelles—Sept. 1919 en **Journ de Radiol. et d'Electr. 1919; Pag. 433.**

(57)—ISER SOLOMON — La radiothérapie gynéc. en Allemagne (1914-18) **(Journ. de Radiol, et d'Electr. 1920. pag. 122, 262, 359).**

(58)—MAX. MENARD ET Ch. DELVAL—Action des rayons X sur les fibromes de l'utérus chez la femme **(C. R. Ac. des Sc. mai 1919).**

(59)—LOUBIER ET SIROL—Radiothérapie d'un fibrome utérin. Regression, Grossse et Accouchement normal consécutifs **(Bull Off. de la Soc. franc. d'Electroth. et de Radiologie, mars 1920).**

(60)—MAX MENARD—Dix Cas de grossesse aprés trait. des fibromes de l'utérus par les rayons X **(C. R. de l'Ac. de Sc. V. CLXXVI, 1923).**

(61)—XAVIER COLANERI—Fibromes et rayons X **(Journ de Med. de Paris. 1924).**

(62)—DAVID DE PRADES ET MUTET—Deux Cas intéresantes de fibromes traités par les rayons X **(Bull Off. de la Soc. franc. d' Electr. et de Radiologie 1923).**

(63)—A. BECLÉRE—La technique de la Radiothérapie des fibromyomes utérins **(Journ. de Rad. et d'Electr., janvier 1922).**

(64)—A. BECLÉRE—La radiothérapie des fibromyomes utérins devant la Societé de Chirurgie **(Journ. de Rad. et d'Electr., Paris 1920)**

(65)—A. BECLÉRE—La radiothérapie des sarcomes de l'utérus a la Clinique d'Erlangen **(Journ. de Rad. et d'Electr. 1920).**

(66)—A. BECLÉRE—La Stérilisation ovarienne en une seule séance a l'aide des rayons de Roentgen dans les cliniques gynécologiques des universités allem. **(Journ de Rad. et. d'Electr. 1921).**

(67)—A. BECLÉRE—Sur la Roentgenthérapie des fibro-myomes utérins d'aprés 300 nouvelles observations **(Journ. de Rad. et d'Electr. 1921)**

(68)—A. BECLÉRE—Existe-t-il des fibro-myomes de l'utérus refractaires a la roentgenthérapie? **(Journ. de Rad. et d'Electrc. 1922).**

(69)—ISER SOLOMON— Radiothérapie des fibro-myomes post-menopausiques. **(Journ. de Rad. et d'Electr. 1922).**

(70)—ISER SOLOMON ET P. GILBERT—Relevé statisque de fibro-myomes de l'utérus traités par la méthode a grands champs. **(Bull Off de la Soc. de Rad. Med. de France, Janvier 1926).**

(71)—ISER SOLOMON—Précis de Radiothérapie Profonde. Paris 1926.

(72)—LEDOUX-LEBARD—A propos de la radiothérapie des fibromes **(Bull de la Soc. de Rad. Med. de France. Oct. 1922).**

(73)—WINTER—Sobre la obtención de la amenorrea inmediata por la radioterapia intensiva en los casos de miomas o de metropatías **(Münch. Med. Wochens. 1917). Citado por Iser Solomon.**

(74)—F. WINTER—Resultats de la roentgenth. des myomes et des métropathies hémorragiques. **(Strahlenth. 1921).** Extract en Journ. **de Radiol. et d'Electr. 1922; pag. 152.**

(75)—JEAN LOUIS FAURE— Curiethérapie des fibromes utérins. **(Revue de Gyn. et d'Obst. Paris 1921).**

(76)—SIREDEY ET GAGEY—Le Radium en Gynécologie. Paris 1926.

(77)—JEAN GAGEY—Curiethérapie du cancer et du fibrome de l'utérus. Resultats statistiques **(Journ. de Med. de Paris 1926).**

(78)—SIMONE LABORDE—Un procédé de traitement des fibromes par le Radium **(Journ. de Rad. et d'Electr. 1920).**

(79)—SIMONE LABORDE—Radiumthérapie des ménorragies et des métrorragies. **(Gaz. de Hopitaux 1920).**

(80)—J. A. CORSCARDEN—Roentgen and Radiumth. in Uterine Hemorrhage **(Am. Journ. of Obst. 1918).**

(81)—J. G. CLARK—The therapeutic use of Radium in Gynecology **(Surg. Gyn. and Obst. Vol. 26, 1918).**

(82)—J. G. CLARK— Treat. of myomauteri with Radium **(J. A. M. A. 1919).**

(83)—S. M. O. CLARK—Use of Radium in 50 cases of uterine Hemorrhage **(J. A. M. A. 1919).**

(84)—J. G. CLARK AND F. BLOCK.—The treat. of Uter. fibromyomata **(Am. J. Obst. and Gyn. 1925).**

(85)—L. J. STACY—Radium Treatment in 600 cases of Menorrhagia. **(Am. J. of Roentgenology 1920).**

(86)—L. J. STACY—The Treat. of Menorrhagia with Radium **(Minnesota Med. 1918).**

(87)—W. H. KENNEDY AND TH. KENNEDY—Radium treat. of Uterine Hemorrhage **(Medical Record. Vol. 97. 1920).**

(88)—W. H. KENNEDY—Present status of Radium in the treat. of uterine hemorrhage **(Indianapolis Med. Journal, 1925).**

(89)—J. BELOT ET. J. AIMARD—Le traitement des fibromes utérins par la radiothérapie. **(Journ. Med. Francais 1921). Page 105.**

(90)—DELHERM, DE BRANCAS ET BEAU —Resultats obtenus dans 113 cas de fribroyomes utérins traités par la Roentgenthérapie. **(Bull. de la Soc. de Radiol. Med. 1928).**

(91)—NADAUD (DE COLMAR)—Technique et avantages du traitement des métropathies hémorragiques et des fibromes par la méthode de aux grands champs opposés **(Journ. de Rad. et. d'Electr. 1925).**

(92)—A SIREDEY ET H. LEMAIRE—Les métrorragies virginales **(Revue de Gyn. et de Chirugie Abd. 1911).**

(93)—FAURE ET SIREDEY — Tratado de Ginecología (traducción española) 1913.

(94)—H. A. KELLY—Medical Gynecölogy—New York 1912.

(95)—P. O. OUDIN ET A. ZIMMERN—Radiothérapie—Paris 1913.

(96)—BECLÉRE, COTTENOT ET SIM. LABORDE—Radiologie et Radiumthérapie—Paris 1921.

(97)—ROBERT KNOX — Radiography and Radiotherapy—London 1919.

(98)—JULIAN Y SANTIAGO RATERA — Roentgenterapia profunda—Madrid 1920.

(99)—CARLOS HEUSER—Tratado sobre radioterapia superficial y profunda—Buenos Aires 1923.

(100)—GUIDO HOLZKNECHT —Formulaire radiothérapique—Paris 1924.

(101)—ALBERT BACHEM—Principles of X ray and Radium Dosage—Chicago.



ESTUDIOS SOBRE LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS

Dr. Jacobo Simonet

El Artículo 18º de la Constitución de los Estados Unidos es una enmienda que trata de la Prohibición de las Bebidas Alcohólicas en los E. E. U. U. Fué propuesta a las Legislaturas de los diferentes estados de la Unión por el Congreso el día 18 de diciembre de 1917; el 29 de enero de 1919 el Secretario de Estado proclamó la aceptación de la Ley por 36 Estados, y la declaró vigente el 16 de enero de 1920. Ulteriormente la adoptaron todos los Estados, excepto Connecticut y Rhode Island.

El "Volstead Act", como se suele llamar la Ley de la Prohibición, prohibe la manufactura, venta, y tráfico de bebidas embriagantes dentro de los Estados Unidos.

El 9 de marzo de 1922 el estado de Nueva Jersey ratificó la Ley de la Prohibición.

Durante la Guerra Europea existió una Prohibición con el objeto de conservar granos (cereales), por haber disminuído su producción.

Es curioso saber que el Presidente Wilson vetó dicha ley, aprobándola la Cámara de Representantes por 176 contra 55, y el Senado por 65 contra 20.

En seis estados de la Unión existía ya la "Ley Seca"; Arizona, Colorado, Montana, Oregon, Utah, y Washington; aprobada por el voto popular; representando estos estados el 4.2% de la población total de los E. E. U. U. En seis estados existía la "Ley Seca" por legislación; Florida, Georgia, Idaho, Kansas, Nebraska, y South Dakota; con el 7.6% de la población total. En dieciocho estados estaban restringidas las Bebidas Alcohólicas; Alabama, Arkansas, Indiana, Iowa, Maine, Michigan, Mississippi, Nevada, New Hampshire, New Mexico, North Carolina, North Dakota, Oklahoma, South Carolina, Tennessee, Texas, Virginia, y West Virginia, con el 32.5% de la población total. Los otros estados, formando el 55.7% de la población total, eran "mojados". Los que eran completamente "secos", pasaron dicha ley ya empezada la Guerra Europea, en el 1914.

La palabra "licor" según la ley, incluye al alcohol, brandy, whisky, ron, ginebra, vinos, cervezas u otras bebidas alcohólicas que contengan un ½% o más de alcohol. Se permite el alcohol desnaturalizado, o ron desnaturalizado, preparaciones medicinales, hechas de acuerdo con fórmulas específicas, patentizados, artículos de tocador, preparaciones antisépticas, jarabes y extractos que no se usen como bebidas, vinagre, y cidra dulce. Licores para usos medicinales y vino para sacramentar, pueden fabricarse de acuerdo con ciertos reglamentos, solamente podrán fabricarse con un permiso especial. Solamente se venderán licores con receta de médicos en blancos especiales, una pinta de licor o un cuartillo de vino en diez días. El Dr. Samuel W. Lambert de Nueva York alegó que la restricción antes expuesta, era una intromisión ilegal a la práctica médica; ésta fué declarada nula por la Corte Suprema por cinco votos contra cuatro. Veintidós estados son "medicinally dry", no permiten la venta de bebidas alcohólicas ni con receta de médico. La Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana el 18 de mayo de 1927 se declaró unánimemente en

contra de la restricción, y aprobó que se apoyase una ley que permitiera a los médicos recetar bebidas alcohólicas en cantidades que ellos creyeran conveniente, de acuerdo con la ética profesional.

El Departamento Federal de la Prohibición ha dividido el país en 23 distritos, en cada uno de los cuales tiene un Director o Jefe de la Prohibición; con dos más, uno para el Hawaii y otro para Puerto Rico. El equipo para vigilar las costas consiste de:—244 "patrol boats", 121 "picket boats," 25 "destroyers," y 5 hidroplanos.

En 1918 se pagaron impuestos por las siguientes cantidades:—

56,222,477.3 galones de Whisky.

29,326,590.9 galones de alcohol.

50,163,016.09 galones de alcohol desnaturalizado.

En 1926:—

1,889,386.5 galones de Whisky.

8,801,398.9 galones de alcohol.

105,375,885.0 galones de alcohol desnaturalizado.

Notamos el gran aumento del alcohol desnaturalizado.

———

Se vieron 10,419 casos civiles en el 1926 por violación de la Prohibición. Según Mrs. Walker Willebrandt, Ass't Attorney General de los Estados Unidos dicha cifras van en aumento. 330 barcos con contrabando de bebidas alcohólicas fueron capturados. Los casos criminales fueron 48,529. En el año 1927 fueron arrestadas 64,986 personas por violar la ley seca.

En lo que respecta a Puerto Rico no hemos podido conseguir datos concluyentes; el Cuartel General de la Policía Insular tuvo la amabilidad de enviarnos los que aparecen en el papel adjunto. Se nota solamente un aumento en los asesinatos y homicidios, suicidios y tentativas de suicidios del año 1917 al 1928, sin poderse precisar en cuáles casos medió el uso de las bebidas alcohólicas.

Noviembre 22, 1928.

Dr. Jacobo Simonet,
Colegio de Farmacia,
Universidad de Puerto Rico,
Río Piedras, P. R.

Señor:—

Por disposición del Jefe de la Policía Insular tengo el honor de referirme a su atenta comunicación del 15 del corriente mes, solicitando datos en relación con muertes, agresiones, etc., ocurridas por el uso de bebidas alcohólicas, de 1918 a 1928.

En nuestros *records* aparecen los datos que le copio a continuación, sin que pueda precisarse en cuáles de estos casos medió el uso de bebidas alcohólicas:

Año Económico	Asesinatos y Hom.	Suicidios	Tentativas de Suicidio
1917-18..	70	140	102
1918-19..	62	150	96
1919-20..	35	168	120
1920-21..	108	150	108
1921-22..	124	152	116
1922-23..	36	168	148
1923-24..	161	156	115
1924-25..	223	156	140
1925-26..	224	228	142
1926-27..	172	226	157
1927-28..	156	216	135

Cualquier otro informe que podamos suministrarle y que usted nos solicite, con gusto se lo enviaremos.

De Ud. Atentamente,

Miguel Berreteaga,
Jefe Aux. y Ayudante de
la Policía Insular, Int.

En el Canadá las diferentes provincias

controlan la venta y fabricación de bebidas embriagantes. Por ejemplo, en la provincia de Quebec hay 90 tiendas del gobierno que permanecen abiertas de las 6 A. M. a las 9 P. M., las tabernas con licencia pueden permanecer abiertas hasta las 10 P. M.

Noruega en el 1917 prohibió las bebidas alcohólicas de más del 12% de alcohol; en el 1919 se aprobó la ley seca y en el 1926 se echó abajo dicha ley.

Las muertes por alcoholismo en los Estados Unidos han aumentado de 2.7 por 100,000 habitantes en 1918 a 3.6 por 100,000 en el 1925. La cirrosis hepática también ha aumentado de 5.4 a 7.3 por cada 100,000 habitantes.

La "Harveian Society" de Londres reportó en 1883 que el 14% de las muertes anuales de Inglaterra y Gales eran debido al alcohol. Phelps en los Estados Unidos que el 7.7%; El "Committee of Fifty" reportó que de 13,402 presos en 17 prisiones americanas el 49.95% tenían historial alcohólico; en Sing Sing y Auburn el 40.47%; en Alemania el 62.1% de los presos eran alcohólicos; en Viena el 58%; en París en la prisión de St. Pélagie el 68.6%

Las bebidas alcohólicas son las que, como su nombre indica, tiene una proporción variable de alcohol etílico, (C_2H_5OH). Resultan de la fermentación alcohólica de líquidos azucarados de procedencia vegetal, por la influencia de los sacaromices. Vemos pues, que su característica es la presencia del alcohol etílico acompañado de otros de su serie en muy diferente proporción. Se dividen en dos grandes grupos:—

I.—*Las Bebidas Alcohólicas Fermentadas,* que comprenden la totalidad del mosto azucarado fermentado, o sea el alcohol y las substancias residuales.

1.—*Bebidas Naturales*: el mosto azucarado con su fermento (levadura), mezclados.

(a)—*Los Vinos.*—La uva contiene glucosa y levaduras necesarias a la fermentación (Saccharromyces Ellipsoideus; Saccharomyces Pastorianus). Se entenderá por vino la bebida resultante de la fermentación alcohólica completa o incompleta del zumo de la uva fresca y madura. Se admiten diferentes categorías de vinos. Como se ve el vino es un alcohol bastante diluído, y las demás substancias que entran en su composición le dan ese perfume especial (bouquet que le diferencian de una solución alcohólica del mismo título.

En gran parte el alcohol es etílico, pero existen vestigios de alcoholes más tóxicos; propílico, butílico, amílicos, así como, ácidos, adheridos y éteres. AA, Gautier da del vino la composición media siguiente:—

Agua.	86.90%
Alcohol etílicos.	10.00
Alcoholes diversos, (éteres y perfumes.	vestigios
Glicerina	0.65%
Acido succínico	0.15
Materias albuminoideas, grasas, azucaradas, gomosas, y colorantes.	1.60
Taratrato de potasa	0.40
Acidos acético, propiónico, cítrico, málico,y carbónico. . .	0.15
Cloruros, bromuros, yoduros, fluoruros, fosfatos de potasa, sosa, cal, magnesia, óxido de hierro, alúmina, y amoníaco.	0.15%

La riqueza en alcohol depende de la cantidad de azúcar contenida en la uva, variando de 6-16%. Los vinos de Burdeos, Castellón y Valencia contienen de 8-10% de alcohol, son ricos en substan-

cias astringentes. Los vinos de Borgoña, Ribera del Ebro, Lérida y Castilla la Vieja de 10-12%, tienen mejor aroma y más riqueza en éteres. Los vinos blancos secos contienen menos tanino, por lo tanto, resultan menos astringentes, pero en cambio poseen más sales, en particular tartratos.

Se entiende por vinos licorosos los que se preparan por los siguientes procedimientos, o que resulten de la mezcla de los diferentes vinos entre sí:—

(1)—Vinos secos y encabezados: Marsala, Madera, Oporto, Jérez.

(2)—Vinos semi-dulces, abocados, productos de una fermentación parcia, detenida naturalmente, o por adición de alcohol.

(3)—Vinos dulces, resultantes de la adición de alcohol a la uva o al mosto: Málaga, Malvasía, Alicante, Prontignan.

(4)—Vinos cocidos alcoholizados.

Para poderse producir el 16% de alcohol en el vino, tendría que haber 34% de azúcar en el jugo, y normalmente solo hay de 13-30%. El vino se cura poniéndolo en pipas o cubas de madera de roble, se concentra en contenido alcohólico, por impregnarse el agua en la madera; se oxida en parte el ácido tánico, disminuyendo el color, se solea. A los cinco años, máximum de producción de éteres, por la oxidación del alcohol a ácido acético, y la unión de éste con el alcohol. En general duran treinta años nada más. Los más fuertes, como el Jérez, y el Madera duran 50-100 años, recuerdo haber probado el delicioso néctar, "Matusalén" en las bodegas de González, Byass y Cía. de Jérez de la Frontera.

La acidez del vino es de 0.3%—0.7%, por encima sabrá a agrio, el azúcar puede enmascarar este sabor.

Los vinos de Jérez son ricos en éteres volátiles, adquiridos con el tiempo más que ninguna otra bebida alcohólica, con excepción del coñac.

(1)—*Fino;* pálido y delicado como el amontillado, y el estilo Manzanilla.

(2)—*Oloroso;* es dulce, oscuro.

En el Oporto hay más extractos, éteres fijos, o combinados, es más dulce.

El Champán es un vino especial obtenido de uvas de las regiones de Champagne; Rheims y Epermay. Se somete el vino a una segunda fermentación por dos años, a una temperatura constante, 24°C. en subterráneos, se forma gran cantidad de anhidrido carbónico. Se dosifica con azúcar y coñaz; contiene 9-12% de alcohol; estilos seco, semi-seco y dulce; de 0-14% de azúcar, acidez de 0.5-0.6%. Una botella contiene cinco volúmenes de CO_2 cuatro quintas partes de este se libera al abrir la botella.

(b)—*La sidra;* se obtiene del zumo fermentado de las manzanas; dos terceras partes de dulces y una de agrias; el azúcar fermenta con el saccharomyce apiculatus. Contiene de 2-6-10% de alcohol.

(3)—*Poiré;* bebida fermentada, procedente del zumo de peras.

2.—*Bebidas Artificiales.*

(a) — *Cervezas.* Requiere la preparación del mosto sembrándole luego con levadura; una verdadera industria sobre todo en Alemania. Tiempos:—1. Maltaje de los granos de cebada (germinación artificial para desarrollar la amilasa, que sacarifica el almidón y peptoniza la albúmina). Cuanto más crece el tallito, más fuerte es la cerveza, (cervezas inglesas, "ale, porter, stout".) Se detiene el crecimiento cuando adquiere la longiutd de un tercio de grano. 2. cribado; detención del crecimiento, enfriar, calefacción a 100°., se tuesta el grano y resulta negra la cerveza, se machaca el producto, esa es la malta. 3. Braceo de la cerveza, infusión de malta; agua, calor, y amilasa; se

transforma el almidón en materias fermentescible, en maltosa s .(4) Ebullición para destruir la amilasa. 5. Adición del lúpulo durante ebullición; los aceites esenciales dan el gusto. 6. Filtración y enfriamiento. 7. Líquido de cultivo se siembra con levadura de cerveza, saccharomyces cervisiae, ventilando. Las alemanas contienen del 1-2-4% de alcohol; las inglesas de 4-9%. Contienen 0-20% de CO_2. El extracto del 2-14% se compone de glucosa, maltosa, dextrina, glicerina, albuminoides, y substancias minerales.

II.—*Bebidas Alcohólicas Destiladas.*

1. — *Aguardientes,* (alcoholes naturales). Una vez fermentado el mosto se destila el alcohol, pero de un modo incompleto, y sin rectificarlo—alcohol y flema; todo lo que es volátil al grado de destilación empleado:—aceites, esenciales, éteres, glicerina, olcoholes superiores, ácido succínico, etc., la flema comunica el sabor. Al salir del alambique es incoloro, urente; el envejecimiento lo transforma por completo. Los toneles de roble dan el color, el oxígeno forma ácidos y aldehidos por oxidación de los alcoholes; los alcoholes se eterifican por reacción con los ácidos.

(a)—*Cagñac.* Es el producto de la destilación de vinos naturales, conservando en toneles especiales a cuya madera debe el color. Seis o siete botellas de vino dan una de coñac, contienede 42-53% de alcohol.

(b)—*Kirsch.* Producto exclusivo de la fermentación alcohólica y destilación de las cerezas y guindas.

(c)—*Ginebra.* Producto de la destilación del mosto fermentado de cereales en presencia de las bayas de enebro; contiene un 37% de alcohol.

(d)—*Whisky.* Procede de la fermentación del trigo, cebada, centeno o maíz. Contiene de 48-56% de alcohol.

(e)—*Brandy.* Producto de la destilación de los buenos vinos de mesa.

(f)—*Marraschino.* De la fermentación de (Marasca) cereza de Italia. Se parte semilla, se le añade 10% de miel, y se pone a fermentar.

(g)—*Arrack.* 60-60% de alcohol; de la fermentación del arroz o jugos de ciertas palmas; en la India, China, Java.

(h)—*Toddy.* De jugos dulces de palmas, en Ceylón, India, y Oeste de Africa, es un ponche de palmeras.

(i)—*Pulque.* En Méjico del cactus, maguey.

(j)—*Sake.*—En el Japón del arroz.

(k)—*Koumiss.* Por la fermentación de la leche de mares; 1.7% de alcohol, es la leche de yegua.

(l)—*Kéfir.* Por la fermentación de la leche de vaca con kéfil. Contiene el 2.1% de alcahol.

(m)—*Rón.* Producto alcohólico obtenido por fermentación y destilación del zumo de la caña de azúcar o de la melazas, jarabes y vinazas producidos por las centrales o fábricas de azúcar de caña. El eter butírico es el principal que le dá el sabor; azúcar quemada para darle color; alcohol como 50.

(n)—*Questch,* por fermentación de las ciruelas.

(ñ)—*Tafia,* fermentación de las melazas.

(o)—Los "Cañitas" de Puerto Rico, por los azúcares de caña, fermentados a la ligera con levaduras, y destiladas a temperaturas desconocidas, altas y bajas, destilación imperfecta, pasan los alcoholes pesados y los alcoholes ligeros, además del alcohol etílico; aumentado así la toxicidad de este último, por contener estos alcoholes de cabeza y cola como se suelen llamar. Hemos iniciado el análisis de estos cañitas, que a nuestro modo

de ver y por el resultado de los análisis verificados hasta la fecha en tres muestras de diferentes sitios, son los más grandes peligros que atañen a la salud de nuestro país.

Muestras	Alcohol Etílico	Alcohol Amílico Iso-Amílico
1a.	44%.....	Grandes cantidades
2a.	39%.....	Grandes cantidades
3a.	40%.....	Grandes cantidades

NOTA.—No se hizo la prueba cuantitiva de los alcoholes Amílicos, porque el "fusel oil," como se suelen llamar es una mezcla como de ocho isómeros, difíciles de separar entre sí. Esperamos en otra ocasión poder presentar pruebas más concluyentes.

2.—*Alcoholes Industriales.* Por destilación hasta que desaparezcan las impurezas y flemas; esto se llama rectificación del alcohol, dando el etílico puro, 99%, absoluto; la Farmacopea Americana además reconoce el de 95% y el diluído de 45%. *Fabricación*:—Sacarificación, fermentación, destilación y rectificación. Se calienta a bajas temperaturas para eliminar substancias volátiles, aldehidos, etc., después a 78° C se destila el alcohol etílico, los alcoholes pesados, destilan a más de 100°, totalmente a los 144° C. El alcohol puro no debe de contener más de 9-40 gramos por hectolitro de impurezas.

3. — *Bebidas Alcohólicas,* procedentes del alcohol rectificado, por no poderse beber puro, destinándose por lo tanto, a la fabricación de licores y aperitivos para hacerlo más potable.

(a)—*Licores*: Líquidos azucarados, bebidas heterogéneas que se gradúan de 20-43°, que además del alcohol contienen jarabes, perfumes de origen vegetal y colorantes inofensivos:—

1.—*Curacao*: de cortezas de naranjas.

2.—*Chartreuse*: verde y amarillo; preparado por los frailes Cartujos en las cercanías de Grenoble, con angélica, nuez moscada, menta y alcohol con jarabe, fórmula especial.

3—*Benedictine*: parecido al chartreuse, preparado por frailes de Abley, de Fécamp; fórmula secreta.

4—*Kummel*: brandy con comino y culantro.

5—*Anisete*: con anís, matalahuva, dulce y seco.

6—*Menta, etc.*

(b)—*Aperitivos*: (no azucarados), peligrosos por consumirse en ayunas y contener esencias.

(c)—Amargos:

1—Vermouth: contiene 18% de alcohol; vino especial que contiene un poco de ajenjo.

2—Cassya l'eau; con frambuesa.

3—*Ajenjo*: con el nombre es suficiente, viene del griego, queriendo decir, no potable. Es un alcoholado de esencias diversas, entre las que predominan las de anetol y tuyona (cetona); contiene dos gramos de esencias en un litro; alcohol el 78%; Esencias: ajenjo, badiana, anís, hinojo, menta, meliso, hisopo. Es la bebida alcohólica más tóxica que se conoce por dar lugar a trastornos graves de la salud, conocidos con el nombre de ajenjismo.

El alcohol es un alimento de ahorro. Se absorve rápidamente por las mucosas; estomacal, intestinal, rectal; por las superficies ulceradas y aún por la piel sana en pequeña cantidad. Bouchard y Sandras han demostrado que el alcohol se quema en el organismo. Este combustion absorve el 90%, de 4-10% se elimina en substancia; 2.91% por los riñones, 1.60 por los pulmones y 0.14% por la piel. Es un alimento, pero no tiene valor superior desde el punto de vista nutritivo y econó-

mico. Se quema con facilidad, un gramo produce 7 calorías de energía—en comparación con la misma cantidad de hidratos de carbono que producen 4, de grasas que producen 9, y de proteínas que producen 4 calorías. 131 gramos de alcohol dan tantas calorías como 100 gramos de grasas. Se tendrá que tener en cuenta la cantidad de calorías que pierde el organismo por el aumento de irradiación de calor, por la vaso-dilatación periférica que produce. Según Atwater 1/5-1/7 de las calorías de la dieta pueden substituirse por el alcohol. Es un líquido excitante y productor de energía inmediato. Se ha fijado un gramo por kilo de peso en el hombre sano como la cantidad fisiológica, o diez gramos de vino por kilo de peso; esto 60-70 gramos de alcohol. En general esta dosis es bien tolerada. Según Legrand, en su libro: "La longévité á travers les áges," la longevidad de los vendimiadores atestigua la ausencia del peligro del vino; los alcohólicos mueren al término medio de 53 años, des bebedores de agua al de 59 años y los que emplean vino y agua llegan a los 63 años. Los vinos, las cervezas y las sidras serían las únicas bebidas que se podrían tolerar; las cervezas tienen la ventaja de ser más alimenticias, pero la desventaja de ingerir más cantidad de líquido y afectar por lo tanto, al corazón y al riñón.

Aparato Digestivo.—El alcohol en pequeñas proporciones y diluído es un estimulante de la secreción gástrica, y de la peristalsis estomacal, según lo han comprobado Binz y Chittenden, es el objetivo en el uso de los vinos en las comidas. A la concentración de 10-20% inhibe la acción de la pepsina del jugo gástrico, a la de 2-3% inhibe la acción del jugo pancreático. Irrita la mucosa del estómago, por ser deshidratante, causa a la larga un catarro gástrico, pituita matutina en los alcohólicos, trastornos dispépticos, con dilatación del estómago, ulceraciones, tendencia al carcinoma y al estreñimiento; la sidra y el vino blanco causan diarreas, el vino tinto estreñimiento. Cirrosis hepática, con degeneración de las células nobles del hígado, al llegar a este órgano por la vena porta, degeneración grasienta del hígado, aumenta su contenido en glucógeno; tinte sub-ictérico del alcohólico, lengua saburrosa, anorexia, etc.

Aparato Circulatorio.—Estimula el corazón, aumenta la fuerza contráctil del corazón y el número de latidos por minuto. Fenómenos paralizantes a grandes dosis, acutando sobre el pneumogástrico; degeneración grasosa del corazón y dilatación del mismo. Abel no cree que sea estimulante; Binz dice que estimula primero y deprime después; Schmiedeberg que deprime desde el principio. Hay vaso-dilatación periférica, mayor irradiación de calorías, facilidad con que se enfrían los alcohólicos, de ahí su uso en los febricitantes. Rubicundez, por dilatación de los vasos de la cara, mejillas y nariz, dermitis crónica, rinofimia de los alcohólicos. Inflamación crónica y degeneración de las paredes vasculares, flebo-esclerosis, arterio-esclerosis, ateromatosis de las arterias; lesiones valvulares; embolias, y apoplegías. La cerveza produce hipertensión y el brandy hopotensión.

Aparato Respiratorio.—Aumenta el número de respiraciones por minuto, es estimulante. Catarro crónico faríngeo, laríngeo, y bronquial (ronquera de los bebedores), tendencia a las pulmonías del vértice; congestión, por irritación en la circulación menor; mayor predisposición a la tuberculosis; por preparar el terreno para que el bacilo de koch pulule, disminuyendo las defensas orgánicas.

Aparato urinario.—Propiedades diuré-

ticas de ciertos vinos blancos. Nefritis crónica, degeneración grasosa de los riñones, cistitis, litiasis, etc.

Sistema Nervioso.—Parece actuar como excitante, solo se puede explicar esto por mayor aflujo de sangre, por vaso-dilatación; porque en realidad, el alcohol es lipotropo, narcótico, paraliza las células nerviosas, especialmente las del cerebro. En los alcohólicos se produce una falsa excitación, que es la que induce a romper la abstinencia; en los dipsómanos es la apetencia periódica la que induce al vicio. Si con poca cantidad se perturba el individuo, es señal de que está en un estado psíquico débil. Los diabéticos, febricitantes y los histéricos toleran mayores cantidades del tóxico. Kraepelin cree que deprime el intelecto en pequeñas dosis y aumenta al mismo tiempo las funciones motoras. La insensibilización permite mayor rendimiento de trabajo, esto perjudica. Embotamiento de los reflejos cutáneos, de la sensibilidad, se vuelven indiferentes, egoistas, no les dan importancia a los asuntos familiares, carácter voluble, impetuoso, brusco, ideación no es perfecta. Aquí citaríamos las siguientes palabras de un célebre escritor: "Los celos son movimientos de la mente acalorada, si son algo, no son celos, si son celos, no son nada." Afecta a la descendencia, es mediocre o no la tienen. Son candidatos a las diferentes alteraciones del sistema nervioso; neuritis; psicosis de Korsakoff o poli-neuritis; epilepsia, neurastenia; delirios tóxicos; delirium tremens; y la locura.

El bienestar se sabe que es la realización fisiológica de todas nuestras funciones, saturación de todas nuestras apetencias inmediatas. Al entrar en juego la imaginación puede aparecer una apetencia en grado patológico, imaginando una necesidad, como la gula, la lujuria, el alcohol. En ese caso se trata de prolongar la sensación plecentera de la satisfacción de aquel deseo, o se lleva la saturación a un grado desmedido, se llega al vicio. Son estos placeres artificiales que se buscan por crer agotados los placeres de una vida higiénica reglada. Para salir adelante, tendríamos que sobreponer la virtud, que es esa facultad del alma por la cual nos determinamos en todo momento, por el bien, la verdad, y la belleza. Compadecer a esos infelices, a esas víctimas de una voluntad débil y enferma. Uno de mis maestros al referirse a la embriaguez desde el punto de vista humorístico, la dividía en cuatro etapas: El *loro,* por su asociación de palabras, y no de ideas; el *Mono,* por su tendencia a la imitación, hace reir; el *León,* esas reacciones motoras formidables, agrieden y padecen algunos de delirio persecutorio; el *Cerdo,* estado final, repugnante y doloroso.

Nos debemos determinar por motivos racionales, diferenciarnos de los animales; no dejarnos llevar por motivos de instinto y de sensualidad. Luchar constantemente, venciéndonos a nosotros mismos, para así no entregarnos a la enfermedad y a la muerte. El hombre ha hecho la ley, nada más natural que sea fiel cumplidor de ella. Es verdad que a veces cometemos errores, pero por eso somos humanos, según el refrán; nos dejamos llevar por las falsas apetencias de las bebidas alcohólicas. Recordemos los años de libertinaje que hemos vivido, ¿no es verdad que al recapacitar nos arrepentimos? Quizás a veces nos quede la satisfacción de haber pensado en higienizar las bebidas alcohólicas, restarles el alcohol, sin alterar su aroma, su sabor, y su preservación.

La plaga del alcoholismo se extiende al mundo entero. El recargo de los alcoholes (Excise Tax), el arresto de los em-

briagados, la restricción de las bebidas alcohólicas, el monopolio por el estado como en Suiza, Noruega, Rusia, Inglaterra, etc., no han dado resultados inmediatos. La supresión de los destiladores y cosecheros, la PROHIBICION absoluta, tiene la desventaja de la venta clandestina. Econtrándome en Nueva York al instaurarse la LEY SECA, recuerdo que en las esquinas principales de la ciudad existían generalmente dos, y a veces tres y cuatro "BARS". Ahora la mayor parte desapareció, pero surgen las farmacias y los "SPEAK-EASES"; si a esto unimos la complacencia de los médicos, aceptaríamos que es un fracaso la PROHIBICION. Existe un caso de un médico de Texas que despachó 388 recetas de whisky en un solo mes. El Ex-Gobernador Glenn de North Carolina dijo una vez: "In Maine, if I wished to find a place where one might get a drink, I was compelled to get a guide for the purpose. In New York, it takes a guardian to keep a man from getting a drink even when he does not want one." Vamos a convenir que Nueva York es una ciudad de los E. E. U. U., pero no es el todo; no juzguemos a un país por el individuo, sino por la colectividad. La lección de moral más bella que se pueda dar al mundo en pleno siglo veinte ha sido la LEY DE LA PROHIBICION; nosotros, como médicos y como higienistas, no podemos, no debemos, no queremos decir lo contrario, el ALCOHOLISMO es un peligro social.

Creemos que todas las disposiciones dictadas para la profilaxis de las enfermedades venéreas deben también dirigirse contra el alcoholismo, por ir éste, con suma frecuencia, ligado a las primeras relaciones sexuales. Desde el punto de vista moral e higiénico, debemos encomendar la tarea, tanto al hogar, como a la escuela, y al estado. Inculcar al niño, especialmente al neurótico, que las bebidas alcohólicas, como el opio, la cocaína, etc., etc., son sus principales enemigos, que jamás haga uso de ellos, una vez empleado, se puede decir como el Dante en "La Divina Comedia": —Perder toda esperanza, por aquí se entra a la ciudad del dolor." Esa sería la verdadera profilaxis de las generaciones venideras; a la actual persuadirla, mejorar los medios de vida, recompensar a los arrepentidos; asilar a los ebrios, instruirles por conferencias y clases ilustradas, distraerles con el cultivo de la voluntad, higienizar su inteligencia con uniformidad y con persistencia.

Irving Fischer, Profesor de la Universidad de Yale, nos dice en su libro; "Prohibition and its Worst": —"I was then far from thinking that prohibition was the best result. I knew that all laws affecting the personal habits are resented by those whose personal habits are thereby reflected on, and that such laws are therefore, difficult to enforce. I realized then, as I realize now, that laws without sufficient public sentiment behind them are apt to become a dead letter and to lead to disrespect for law in general. It was clear, therefore, that, even if Prohibition were eventually desirable—which I did not then believe—the first and most important step toward the great objective (reduction in the flow of alcohol down human throats) must be the education of the public. At last I was reluctantly compelled to conclude that Prohibiton is the ultimate solution, when public sentiment is adequate to enforce it."

A pesar de ser prematura la aprobación de la "Ley Seca", tuvimos aquí el valor de votar por ella, así es, que creemos con Fischer que sería absurdo volver a permitir los vinos y las cervezas,

porque terminaríamos por volver hacia atrás, en vez de seguir hacia adelante. Hemos dado una nota de alto civismo. Si no vamos a cumplir con la LEY ¿Para qué la hemos endosado?

Vamos a concluir diciendo

1.—Que el alcohol es un narcótico, por ser un tóxico lipotrópico que produce una intoxicación crónica por habituación.

2.—Las bebidas alcohólicas y el alcohol deben ser empleados como fármacos y y no como tóxicos. Sus usos respectivos en medicina son limitados a ciertos casos específicos, por lo tanto, debemos evitar su empleo cuando están contraindicados.

3.—La Prohibición es un fracaso en Puerto Rico y en algunos sitios de los Estados Unidos mientras exista el contrabando y sean tolerados los despachos de bebidas por agentes poco escrupulosos. Para tener licores malos a precios altos, es preferible tener licores buenos a precios bajos.

4.—La pobreza en algunos hogares y la riqueza en otros son las verdaderas causas de las apetencias o tendencias a burlar la LEY.

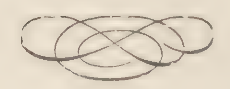
5.—Si bien es verdad que en Nueva York o en cualquier otro sitio de los Estados Unidos mueren unos infelices por ingerir el alcohol de madera, con esas víctimas se atemorizan los que suelen gustar de esos tóxicos. En Puerto Rico, sin embargo, puede decirse que no es ese el peligro que existe, sino otro mucho más grande, la botella de "Cañita" que se vende por 10 ó 25 centavos; conteniendo gran cantidad de alcoholes amílicos, por ser éstos peores tóxicos, por matar sin atemorizar a los burladores.

6.—Debemos respetar, como buenos ciudadanos, esa enmienda a la Constitución, la Ley de la Prohibición.

7.—No dudamos de las mejoras económicas y sociales que trae la Ley Seca.

8.—Higienizar la moral, tanto pública, como privada, si es que queremos llamarnos países civilizados. Es necesario dominar nuestras pasiones, nuestros vicios; nuestros instintos, y nuestras sensualidades, inyectándonos una buena dosis de FUERZA DE VOLUNTAD.

San Juan de Puerto Rico,
16 de Diciembre de 1928.



MALARIA Y SU TRATAMIENTO POR LA VIA INTRAVENOSA

Causas que la predisponen:

(1) El frío ni la humedad por sí solas causan infecciones de malaria, pero lo mismo el frío que la humedad predisponen a individuos que llevan en su sangre la infección, a que se desarrollen síntomas que no se manifestaban antes de ser a la inclemencia de éstos dos factores.

(2) Clima:

Un clima seco se impone a la malria. Pero un clima húmedo favorece su desarrollo, y éstos últimos se debe al crecimiento de los "Anopheles" durante las estaciones de lluvia, por las aguas que como consecuencia se estancan.

(3) Estación:

En los Estados del Sur, donde se goza un clima semi-tropical, la estación que más favorece el desarrollo de la malaria, es la estación cálida, a saber: de Mayo a Noviembre; pero en nuestro país se puede probar que estamos expuestos a ésta enfermedad el año completo, por más que es innegable que durante la temporada antes mencionada es que más abundan en Puerto Rico casos de ésta enfermedad.

Pudiera ser que la mayor parte de los casos que se desarrollan en la temporada en que los Estados del Sur están libres de malaria, se deban a relapsos de casos que no han sido debidamente tratados en su principio.

(4) Altitud:

En los Estados Unidos, en las zonas donde abunda la malaria, la altitud no favorece el desarrollo de ésta enfermedad, pero en Puerto Rico lo mismo los que viven en la altura que en el llano, son igualmente susceptibles a la enfermedad y la desarrollan igualmente.

(5) Mi creencia personal, obtenida en mi corta práctica, es que los factores de altitud, edad, sexo o raza, no ejercen ninguna influencia para el desarrollo de la malaria.

(6) Está probado que la malaria no se hereda, puesto que el parásito no pasa de la madre al feto, por más que es un hecho que en una madre infectada el lado materno de la placenta puede estar lleno de parásitos.

(7) En las Universidades del Continente se nos demuestra que la malaria es una enfermedad propia de la zona rural más que de la zona urbana, pero en Puerto Rico en la zona urbana de casi todos los centros de malaria, favorece más el desarrollo de ésta enfermedad por los patios llenos de árboles, pozos, algibes, letrinas, etc.

(8) Es un hecho que los que viven en zonas de malaria tienen mayor resistencia que los que viven en zonas donde ésta apenas existe.

En el Distrito de Humacao, una sección donde personalmente creo hay tanta malaria como en las zonas más infectadas de la Isla, hemos visto que unos trabajadores que ha importado la Central Pasto Viejo, del centro de la Isla, han sido presas fáciles para la malaria y la mortalidad ha sido bastante alta. Ha habido familias que han perdido tres y cuatro hijos en término de una semana. La Colonia Elvira ha desaparecido, un sitio donde vivían como 50 familias. Todas estas familias han tenido que huir para sus pueblos nativos, con alguno o algunos miembros de familia menos. La mayor parte de éstas familias son de Cayey y Aibonito. Dentro de éstas familias se ha visto infinidad de casos atípicos. Muchísimos de éstos casos en la Colonia San Antonio, mejor que malaria han pareci-

do casos de Fiebre Amarilla, acusando fuertes dolores epigástricos, ictericia marcada y vómitos sanguinolentos, resultando fatales la mayoría de éstos casos.

(9) Hay otros factores idiológicos, tales como preñez, trauma, intervenciones quirúrgicas, ataques anteriores, alcoholismos, etc., que predisponen al desarrollo de la malaria.

II.—SINTOMATOLOGÍA

No voy a cansaros, ni tampoco me sería concedido el tiempo, para tratar en detalle la sintomatología de ésta enfermedad, que todos ustedes conocen; solo me limitaré a mencionar dos casos raros, a mi entender:

El señor A., de 38 años de edad, de raza blanca, ocupación Jefe de Vías de un Ingenio Azucarero.

Su queja principal:

Descensos de temperatura que le hacen sentirse muy flojo; pierde la fuerza y tiene que permanecer en cama hasta algún rato después de adquirir temperatura normal; le repiten éstos colapsos desde hace varios años.

Historia pasada:

No hay nada de importancia, excepto un ataque de malaria hace 10 años, del cual fué tratado con dos inyecciones de quinino intramuscular.

Examen Físico:

Un hombre robusto, bien desarrollado y excelentemente nutrido, estatura 5 pies 10 pulgadas, pesa 195 libras.

Examen estetoscópico del corazón y pulmones, negativo; oído, nariz, garganta, negativo.

Niega historia de indigestiones, extreñimiento, etc.

Niega historia de venéreos. Se ha hecho la prueba de Wassermann, con resultado negativo.

Examen de orina y escreta negativo; no hay nada importante en todo el examen, excepto la presencia del Plasmodium Vivax en la sangre.

Tratamiento:

Bichlohidrato de quinino de Swam Myers intravenoso, 6 inyecciones de 30 centígramos cada una, porque alegaba que no podía tolerar el quinino por la boca. Después de las inyecciones pude persuadirlo a tomar 10 gramos de sulfato de quinino diariamente, por espacio de 5 semanas, y el hombre ha estado bien desde hace 15 meses.

El otro es un caso de una señora de 40 años de edad, de color.

Su queja principal:

Un dolor de cabeza casi contínuo, desde hace 9 años, la han tratado médicos, curanderos, adivinadores, etc.

Le han puesto Salvarsan, mercurio, bismuto, cacodilato, yoduro de sodio y otras inyecciones. Con nada ha sentido alivio. Se puso Salvarsan una vez y se mejoró, pero al ponerse mercurio volvió a empeorar.

No hay nada importante en el examen físico, excepto pólipos nasales, y el examen de la sangre positivo con Plasmodium Faciposum.

Tratamiento:

Bichlohidrato de Quinino intravenoso, 6 inyecciones de 30 centígramos, y Sulfato de Quinino 10 gramos por la boca por 6 semanas.

La señora se encuentra bien desde hace 3 meses.

TRATAMIENTO

Contamos para combatir la más abundante de las enfermedades de nuestras playas con uno de los limitados específicos que tenemos en nuestra Farmacología, o sea las sales de quinino, cuando éstas se administran en suficiente dosis.

Doce, quince o veinte cápsulas de sul-

fato de quinino de veinte y cinco o treinta centígramos cada una, no son suficientes para combatir una infección de malaria.

Tampoco igual número de papeletas de Aristoquinina o Euquinina de dosis adecuadas, son suficientes para los menores.

Tenemos que educar a nuestro pueblo que solamente el Quinino cura la malaria o paludismo, como le llama nuestra gente, y que el tratamiento es largo. Que es un tratamiento de 8 semanas; esto es tan o más importante que persuadirles a dormir debajo de toldos, o que enseñarles que los zancudos que trasmiten el plasmodium son los que se paran en las patas delanteras. Nuestros campesinos, igual que los que viven en la zona urbana, de quince o veinte cápsulas que se le prescriben, se toman lo suficiente para cortar la fiebre y hacer desaparecer los síntomas principales. El resto de las cápsulas mueren enganchadas en una tablilla o en la gaveta del ropero o sirven para tratar a dos o tres vecinos.

Está probado por los trabajos de la Institución Rockefeller, que un palúdico adulto necesita doce cápsulas semanales de treinta centígramos cada una, por espacio de ocho semanas, tomando tres cápsulas diarias durante cuatro días y descansando tres días.

El tratamiento del Dr. Bass de Tulane es un tratamiento continuado de 8 semanas, administrando 10 gramos de quinino diario durante ese tiempo.

Yo no tengo objeción para ninguno de éstos dos tratamientos, y los he practicado ambos con excelentes resultados, salvo algunas excepciones.

Desde hace dos años estoy usando rutinariamente el Bichlohidrato de Quinino intravenoso en total o combinado con el tratamiento por la boca. He usado únicamente las inyecciones de 30 centígramos que tiene en el mercado la casa Swam Myers, porque fué mi intención ver el resultado de ésta droga intravenosa. Pero en éste año venidero voy a hacer una prueba comparativa de la eficacia del producto de Swam Myers con el de Lilly Mulford y la Endo y los demás que haya en el mercado.

Puedo asegurarles compañeros, que mi práctica rutinaria por la vía intravenosa de los dos últimos años ha resuelto muchas dificultades que encontré con innumerables casos de malaria durante mi primer año y medio de ejercicio en la profesión. A menudo me encontré con casos de vómitos perniciosos donde yo perdía tiempo y el paciente resistencia, tratando de controlar vómitos con poción de Riviero, solución de cocaina y todo cuanto nos dá nuestra Farmacología, y perdí casos, apesar de apelar a las inyecciones de quinino intramuscular en dosis de un gramo. Hoy día tengo tal confianza en el quinino intravenoso que creo que aún los casos de malaria perniciosa al borde de una pre-agonía, pueden salvarse con quinino intravenoso.

En los últimos dos años he puesto más de 800 inyecciones de quinino intravenoso, sin que haya encontrado ningún accidente. El mayor daño no ha pasado de un ligero mareo que ha terminado en pocos minutos, sólo manteniendo acostado en la mesa al paciente. Los pocos que han tenido ligeros mareos ha sido por invertir menos de cinco minutos en una inyección de 5 C. C.

Rutinariamente yo requiero que mis pacientes se acuesten para administrar cualquier clase de inyección intravenosa.

Ni como estudiante, ni como interno, ni desde que estoy en práctica privada, he puesto una inyección intravenosa asumiendo el paciente la posición de sentado.

De las 800 inyecciones de quinino in-

travenosas que he puesto tengo en record a disposición de ustedes más de 50 casos de los cuales el que menos ha recibido seis inyecciones. Dentro de éstos casos en record, ni en los que no tengo en record, he encontrado contra-indicaciones para la administarción de ésta droga, salvo en un caso reciente, en que una paciente se puso cianótica, pero ésta paciente tiene idiosincracia para todas las sales de quinino, pero fué tan sensible, que hace 4 semanas de habérsele puesto ésta inyección, y no ha vuelto hasta ahora a acusar fiebre.

Para terminar, les voy a relatar mi caso estrella de la serie que tengo en record.



EL RITMO DE LA ATENCION EXPONTANEA Y LA DETERMINACION DE SU CIFRA DE FRECUENCIA NORMAL

La demostración del carácter oscilatorio de la atención expontánea o natural está hoy al alcance de todos. Bastan para obtenerla algunos minutos de observación personal por el intermedio de los tres sentidos superiores, vista, tacto, y oído.

Como todos sabemos, es en los centros cerebrales de esos aparatos donde se experimentan las sensaciones que los respectivos estímulos originan en las placas sensoriales.

Para la visión y la audición esas excitaciones son de carácter naturalmente oscilatorio: vibraciones luminosas, ondas sonoras. Para el tacto son de ordinario aperiódicas: simples contactos, presiones, roces, choques, impresiones pungitivas, lancinantes o de otro modo dolorosas, traumatismos, cáusticos, etc.; de todas las cuales solemos tener pronta conciencia, al mismo tiempo que suficiente albedrío para responder a ellas de algún modo, mediante el sistema muscular estriado adscrito al esqueleto, y en tan estrecha correlación fisiológica con la sensibilidad general que ha hecho que un autor, Sergi, proponga un solo vocablo, el de *estetocinesis,* para designar en conjunto ambas funciones, sensitiva y motriz, desde el punto de vista de la defensa individual.

La propia conciencia de dichas excitaciones permite aplicarles voluntaria periodicidad, con la evidente exclusión de algunas de ellas: las muy dolorosas, las cáusticas, etc. Mas por el tegumento externo recibimos también de manera constante, aunque por lo común insentida, la acción de la energía vibratoria ambiente, en forma de radiaciones térmicas, luminosas, etc.; así como la que entrañan los cambios resultantes de la variabilidad relativa de los elementos atmosféricos, presión, humedad, movimiento del aire, etc.; cambios de irregular apariencia, aunque ligados a leyes de sucesión, en parte, es cierto, desconocidas todavía.

Que el carácter común oscilatorio, ya espontáneo ya provocado, de esas dos categorías de estímulos se trasmite a la sensación, lo comprueba un hecho que todos podemos reproducir; pero que para estimarlo en su valor conviene antes fijar un concepto psicológico fundamental.

LA PERCEPCION.

La *percepción* de todo objeto requiere el asociar a las sensaciones que actualmente causa otras anteriores, adquiridas por nuestra variada experiencia, en virtud de las cuales interpretamos el objeto conforme es en verdad y no como engañosamente nos suele parecer. Es clásico el ejemplo del tablero cuadrado visto en perspectiva, cuyos ángulos nos dan la sensación de obtusos y agudos, contraria a la realidad, que el recuerdo de haberlos visto antes, y aún tocado, en posición normal nos asegura.

Dentro de ese concepto es evidente que la percepción será, en cada caso particular, tanto más perfecta cuanto más claros y precisos los elementos de ambos grupos, es decir, las sensaciones actuales y las pretéritas; pero la precisión que estas últimas aporten en el acto de la percepción no será completa si ellas no fueron suficientemente claras al tiempo mismo de ser experimentalas en el pasado.

Hay, pues, en puridad, sólo una *diferencia de tiempo y no de naturaleza* entre ambos factores de percepción; de manera que si, por el intermedio de algún otro

mecanismo natural que no fuese el de los recuerdos asociados, lográsemos corregir las sensaciones actuales hasta el extremo de percibir el objeto de modo perfecto, o sea tal cual es, nos sería lícito deducir que dicho mecanismo era completamente *adecuado* a las sensaciones, tanto presentes como pasadas; o dicho de otro modo, conforme a la naturaleza de unas y otras.

Examinemos ahora la prueba en cuestión.

OSCILACION OCULAR

Un sujeto con vista normal dirije la mirada hacia una bombilla eléctrica encendida, de las de tipo transparente, con múltiples filamentos en asa y situada a una distancia a la cual no llega aquél a distinguir con absoluta individualidad unas y de otras dichas asas, sino que le aparecen más o menos confundidas en una mancha de luz. Si en tales condiciones el sujeto establece y mantiene una oscilación rítmica de la mirada desde un lado al opuesto del área luminosa, con una cadencia vecina a la del péndulo, observará, al cabo de algunos instantes, que poco a poco los filamentos se le van presentando cada vez más individualizados y más blancos y definidos, hasta percibirlos al fin con una perfección nunca antes por él comprobada, ni aún a distancias mucho menores. Las imágenes de las asas habrán adquirido, por consiguiente, completa independencia y nitidez, de modo que todos los detalles del campo luminoso, antes mal percibidos a causa de los rayos de dispersión, podrán ser apreciados.

Ha habido, pues, una verdadera corrección de la total imagen primitiva incandescente, objeto de la contemplación. La percepción se ha tornado perfecta al eliminar elemenots falaces, sin existencia objetiva real, pues que desaparecieron en virtud de un recurso eficaz de percepción, consistente en el vaivén visual voluntario del observador. Esos elementos perturbadores de la verdadera interpretación del objeto a percibir eran meras ilusiones, debidas al ligero rebajamiento, habitual aún en los individuos normales, del poder de conservar constantemente el ritmo óptimo de la atención espontánea al tiempo de hacer uso de la artificial.

Dicho en otras palabras: la oscilación ocular voluntaria, aplicada con el ritmo propio de la atención espontánea perfecciona las sensaciones visuales y, en consecuencia, la percepción de los objetos por el sentido de la vista; y como los dos grupos de sensaciones concurrentes en la percepción son de idéntica naturaleza, el beneficio prestado por la eurritmia de la atención, que tanto abona nuestra tesis, se extiende también a la facultad de evocar ritmos anteriores, o recuerdos. Añadamos que tal ventaja persiste por algún tiempo después de abandonar la oscilación voluntaria, como se revela al cambiar la vista hacia otras bombillas análogas, cuyos filamentos aparecen instantáneamente tan perfectos y definidos como los de la primera, y por un lapso apreciable.

El fenómeno que acabamos de describir y comentar se da igualmente con los demás objetos, siendo muy sencillo de repetir, sobre todo con las letras de un cartel de los usados para probar la agudeza visual; sólo que en esos casos requiere una duración mayor del vaivén voluntario, por no tratarse de cosas brillantes como los filamentos incandescentes, en los que la apreciación del proceso corrector de la imagen está enteramente facilitada por la luminosidad misma de los factores aberrantes.

Una letra del cartel, que a la distancia ordinaria parece indistinta de primera

intención, tórnase completamente visible al cabo de algún tiempo de oscilar la mirada sobre la mancha grsácea en que se mostraba al principio de la experiencia. Con los optotipos de visión cercana obtiénese idéntico resultado: letras pequeñísimas, imposibles de distinguìr a la separación mínima normal del impreso, se disciernen por completo luego de un lapso de oscilación ocular, variable según circunstancias que no podemos ahora detallar. La mayoría obtenida en la visión perdura, como en el caso de la bombilla, un cierto tiempo; y al quitar la vista del cartel cercano se ven todos los objetos exteriores a él con mayor nitidez y exactitud que antes.

Si la experiencia se repite tan amenudo que llegue a constituir hábito, el ritmo de la atención espontánea en individuos en que es deficiente tiende a normalizarse por grados, con lo que el buen efecto en la percepción se hace cada vez mas duradero, hasta convertirse en permanente para la visión en condiciones ordinarias. Ahora bien; en las extraordinarias o desfavorables, bastará a esos sujetos, asi como a los normales, el restablecer pasajeramente la oscilación voluntaria para adaptarse pronto a la nueva situación y contrarrestar el influjo pernicioso que ésta tiende siempre a ejercer sobre la capacidad sensorial.

OSCILACION MECANICA

Si en lugar del sentido de la vista empleamos el del tacto, el resultado sobre la percepción visual será idéntico. Manténgase en oscilación consciente el borde de la uña del índice sobre la superficie de la del pulgar de la misma mano, mientras se contempla la bombilla o la letra, sin ocuparse de hacer determinadamente la oscilación ocular. Trátese del uno o del otro objeto, al cabo de un rato su imagen habrá ganado igual pureza que en el experimento anterior. Un exámen un poco más profundo del fenómeno permitirá al sujeto comprobar que durante la observación sus ojos han estado oscilando subconscientemente en perfecto sincronismo con el movimiento digital. Que este último ritmo se interrumpa, o bien que pierda su regularidad, y se echara de ver prontamente la pérdida momentánea de lo ganado hasta ese momento en la percepción. Es por tanto indispensable el mantenimiento de la adecuada ritmicidad en la oscilación tactil voluntaria para conseguir su constante paralelismo con la ocular subconsciente y, como secuela, la mejor visión. Dentro de esas condiciones cualquiera otro ritmo mecánico, la marcha por ejemplo, ajustado deliberadamente a la indicada frecuencia, conducirá a un resultado análogo.

OSCILACION MELODICA

Cuanto a la demostración ofrecida por vía auditiva, nosotros la propusimos hace ya varios años bajo el nombre de *oscilación melódica* (1).

Para muchos sujetos es la más hacedera, al tratar de iniciarse en el citado experimento. Consiste en la evocación repetida de una frase musical muy sencilla, alternativamente variada en una octava. Al ejecutarlo se produce una inevitable oscilación ocular de corta amplitud, como en la prueba tactil, y con idéntico resultado en la percepción. Primero el sujeto tararea el motivo hasta fijarlo bien en la memoria; enseguida lo verifica sólo mentalmente, con los ojos abiertos y dirijidos hacia la bombilla o la letra, repitiéndolo con cierta lentitud al principio y luego

(1) El Uso Natural de la Visión.—D. Appleton and Co. Edits. New York, 1924.

con mayor velocidad. El efecto obtenido en la visión del objeto contemplado estará en directa proporción con la justeza y claridad con que hayan sido respectivamente evocadas la oscilación de la octava y cada una de las notas de la frase melódica. Esta representa, en el experimento, un tren complejo de variaciones rápidas correspondiente al momento de más precisa atención para dar a cada nota su justo valor; a la par que la ondulación de la octava entretiene el ritmo más lento y fácil de la atención natural.

LA MEDIDA DEL VAIVEN SUBCONSCIENTE

La alternante sucesión de esos dos ritmos en la forma que acabamos de describir, esto es, sin mezcla alguna de las oscilaciones cortas con las de mayor longitud, entrega el recurso óptimo para obtenar la cabal percepción; puesto que limita, y además hace idénticos, los espacios correspondientes a la atención propiamente voluntaria, sin dejar de conservar regulares las fases de la atención espontánea. Durante su apropiado ejercicio desaparece la variabilidad tan irregular de dichos espacios en nuestra vida ordinaria. Esa regularización artificial y pasajera de los trenes de la atención voluntaria, conservando también invariable y exacto el vaivén subconsciente, nos ha permitido estimar la cifra de frecuencia normal de éste, frecuencia hasta la fecha expresada de modo harto indefinido; mas antes de expresarlo en detalle, conviene por un instante volver sobre un punto ya tratado.

El éxito en la percepción, según vimos, es igualmente alcanzado por la oscilación mental lenta a través de cualquiera de los sentidos superiores. Ello demuestra no sólo la comunidad de su naturaleza con la de las sensaciones a seleccionar, sino además que los tres aparatos sensoriales guardan muy estrecha correlación fisiológica, explicada por hechos de orden onto y filogénico y puesta de manifiesto en conocidas suplencias funcionales. No de otro modo se comprende cómo, después de cierto hábito de reproducir con uno u otro sentido dicha oscilación, no sea un fenómeno de orden precisamente visual, tactil o auditivo el en nosotros percibido, sino el de un vaivén general que, si provocable a voluntad, permanece de ordinario sumergido en la esfera subconsciente, con su frecuencia propia, al igual que las grandes funciones vegetativas, e isócrono con el cambio oscilatorio total de la masa de sensaciones, sentimientos, imágenes, sentimientos, imágenes, etc., de que habló Ribot. (2)

Al ajuste intersensorial perfecto débese sin duda el tino o exacta precisión con que algunos individuos llegan a realizar ciertas empresas o suertes sorprendentes con una destreza imposible para la generalidad. A la inversa, son más frecuentes de lo que pudiera pensarse los casos de sujetos incapaces de establecer y mantener con la debida presteza y coordinación movimientos asociados, ya pertenecientes a un solo sentido, ya que requieran la intervención de más de uno de éllos. Ejemplo: los sujetos que no pueden oscilar los ojos sin oscilar también la cabeza; realizar con dedos homólogos de ambas manos la percusión simultánea necesaria para producir un simple ritmo sobre una mesa o muro; los que no aciertan casi nunca a pasar una bola por determinado agujero al lanzarla desde alguna distancia, etc., etc. En los ejercicios de la llamada *atención difusa,* mediante aparatos especiales,

(2) Th. Ribot. **Psychologie de l'Attention.**— Paris 1889.

se fundan hoy las pruebas de admisión de motoristas, aviadores, etc.

Como vemos a diario, la práctica asidua de la oscilación lenta favorece a tal grado la congruencia de acción tanto intra como intersensorial, que al cabo de cierto tiempo, variable según los casos, se observa un aumento considerable en la destreza individual.

La cifra de frecuencia del vaivén subconsciente puede comprobarse sin dificultad de este modo: establézcase la oscilación melódica teniendo los ojos dirigidos hacia un impreso colocado a unos doce centímetros, bajo mediocre iluminación y formado por caracteres tan diminutos que sólo una persona de agudeza visual perfecta pueda leerlo instantáneamente. Si tal no es el caso, como tampoco el opuesto, el de un sujeto con muy acentuado vicio de refracción, se comprobará, luego de algunos minutos, que las letras se van destacando claras y distintas hasta la completa posibilidad de leerlas sin interrupción. En este preciso instante el observador comienza a marcar en un papel trazos sucesivos, correspondientes a los cambios de la octava, al tiempo que un ayudante con un cronógrafo, cuenta segundos desde el primer trazo que vió marcar hasta completar un minuto. Bastará contar los trazos obtenidos en esa unidad de tiempo, y tomar la media de varias observaciones, para comprobar que si la repetida evocación de la melodía fué hecha con la rapidez máxima para su extricta precisión, el número de trazos, o sea de oscilaciones de la octava, corresponderá sensiblemente a una cifra entre 36 y 40 por minuto. Recordando que los latidos del pulso varían normalmente entre 72 y 80 y las respiraciones entre 18 y 20, por minuto, se notará que la frecuencia del ritmo subconsciente es la mitad y el doble respectivamente de la de esas dos funciones vitales.

Semejante comprobación es de un interés práctico considerable; puesto que al establecer reglas para el buen uso de la atención se dispone de un punto de partida preciso, que puede indistintamente aplicarse cualquiera que sea la vía sensorial utilizada.

R. RUIZ ARNAU.

New York, Diciembre 5 de 1928.



DESARROLLO HISTORICO DEL ASILO DE BENEFICENCIA Y MANICOMIO DE PUERTO RICO DESDE SU CREACION HASTA LA FECHA

Dr. Francisco R. de Goenaga.

(Continuación)



Manicomio de San Juan, P. R. Año 1900.

Ya hemos dicho que en Agosto de 1899, siendo demasiado insuficientes los departamentos destinados a Manicomio, y creciendo por día el número de solicitudes de ingreso con ocasión sobre todo del temporal de aquel año, la Junta de Caridad ordenó la traslación de los niños de Beneficencia al Instituto de los Padres Escolapios, en Santurce, y la de las niñas al edificio que habían ocupado las Madres del Corazón de Jesús, también en Santurce, traslado que se llevó a efecto el 27 de enero de 1900 y el de los niños el 24 de febrero del mismo año.

Es pues en Febrero de 1900 cuando queda propiamente instalado, si no fundado, el Manicomio de Puerto Rico. Los iniciadores en 1822 de la primera casa de reclusión y beneficencia quizás no sospecharon nunca la trascendencia que su obra, entonces tan humilde, alcanzaría en el curso del tiempo. Ellos se asombrarían hoy sin duda ante la culminación de su esfuerzo. Del embrión de principios del siglo han salido tres instituciones completas, que son otras tantas demostraciones del progreso social: el Manicomio, el Instituto de Niños Pobres y el Colegio de Niñas.

El Gobierno Militar establecido inmediatamente después de la ocupación americana de la Isla, apoyó siempre al Superintendente del Manicomio en la lucha ya para entonces antigua, y siempre árdua de mejorar las condiciones del Manicomio.

Los Gobernadores Allen y Hunt, cada uno a su vez, fueron eficaces protectores

del Manicomio, en el grado que les fué posible bajo las circunstancias; pero en ninguna época, ni antes ni durante la ocupación americana, autoridad alguna prestó al progreso del Manicomio tan importantes y eficientes servicios como el Honorable Gobernador Winthrop. En su primera visita al Instituto poco después de encontrarse en ejercicio del gobierno, me permití llamar su atención hacia la necesidad ya urgente de ampliar el edificio, lo que podía hacerse fácilmente restituyéndole el cuerpo que entonces ocupaba la "High School". El Gobernador comprendió al punto la conveniencia y la necesidad de tal resolución, por la cual quedarían alejados de los locos los niños, al propio tiempo que se lograba sin mayores expensas el ensanchamiento del Manicomio. Sin pérdida de momento se efectuó la traslación de la "High School", el vasto lugar ocupado por ella fué reconstruído y equipado para su nuevo destino, y desde entonces pudo dársele al establecimiento una organización más perfecta, haciendo más cómoda y absoluta la separación de sexos y abriendo espacio para mayor número de enfermos. No hay como ponderar la importancia de esta reforma, que ha sido también decisiva en el desarrollo y la eficacia del instituto.



SALA DE RECEPCIONES.

Los beneficios hechos por el Gobernador Winthrop al Manicomio fueron tantos y tan grandes que por ellos merece con entera justicia bien de la patria puertorriqueña. El grado de adelanto alcanzado bajo su impulso fué tal que quien quiera que no hubiera visto el Manicomio desde cinco años atrás se maravillaba de verlo. Los alojamientos para los enfermos eran tan cómodos como los de los buenos hospitales del extranjero civilizado. Había departamentos separados para los pudientes de ambos sexos. Las enfermerías no carecían de nada; y la sala de operaciones del instituto estaba a la altura de las mejores de los Estados Unidos. El salón de baile y representaciones, con muy buenas decoraciones, tenía capacidad amplia para el numeroso público que a él concurría.



JARDIN.

Los jardines eran admirables, y cantaban su belleza, en doradas prisiones, hermosísimos pájaros.

Puede con toda propiedad decirse que el Manicomio de Puerto Rico era un palacio de la desgracia.

Subsistía, sin embargo, la necesidad de un edificio moderno, quiero decir, un edificio perfecto, el edificio ideal, basado en las prescripciones que la ciencia ha establecido para esta clase de construcciones, y de acuerdo con las cuales se han levantado los manicomios modelos de Europa y Estados Unidos.

Coincidiendo con esta época de marcado progreso se debió a las Cámaras Legislativas una reforma sustancial en las aplicaciones del presupuesto del instituto, y por cuyo logro había la Superintendencia luchado en vano durante largo tiempo. Con detrimento de los enfermos pobres se tenía dispuesto que los ingresos

producidos por los enfermos pudientes, fuesen al tesoro de la Isla, lo que disminuía considerablemente el número de plazas pobres, habiéndose prefijado el número total de alienados que el Asilo podría recibir. Los ingresos por los enfermos pudientes se dedicaron al sostenimiento de éstos, permaneciendo intacto el número total de plazas para enfermos pobres.



DORMITORIOS.

San Juan, P. R., Marzo 31, 1904.

Dr. F. R. Goenaga,

Superintendente del Manicomio,

San Juan, P. R.

Señor:—

En virtud de haberse negado el Dr. R. M. Hernández a aceptar el puesto de Director Auxiliar y Superintendente de Sanidad, ruego a usted acepte, sin remuneración adicional y con carácter interino, mientras no se haga nuevo nombramiento, el cargo de Superintendente de Sanidad, para tener efecto el día 1o. de Abril de 1904.

Respetuposamente,

(Firmado) *José Gómez Brioso,*

Director de Sanidad, Beneficencia y Corrección.

Quedó constituido el Departamento del modo siguiente:

Dr. José Gómez Brioso, Director de Sanidad, Caridad y Prisiones.

Dr. Francisco R. de Goenaga, Acting Supervisor of Health.

Miembros del Board: Dr. Francisco R. de Goenaga, Dr. Esteban Saldaña, Sr. Juan Hernández López—Abogado, y Sr. Fidel Guillermety—Farmacéutico.

Trabajo emprendido:

OFFICE OF THE SUPERIOR BOARD OF HEALTH.

San Juan, P. R.

Abril 8 de 1904.

Honorable Sr. Alcalde de

..................., P. R.

Señor:

Este Departamento quiere desde ahora dedicar su atención a los más altos fines de su creación.

En la lucha contra la muerte, uno de los más antiguos, y en el día más poderosos medios empleados por la civilización, es el establecimiento de hospitales que amparen la desgracia indigente y hacer posible generalizar hasta las más bajas capas sociales la aplicación de las avanzadas conquistas de la Ciencia Médica.

Esta es la caridad organizada, que prodiga sus beneficios a todos los seres bajo el sol, dulcifica el dolor y amengua sin cesar la enantes copiosa cosecha de la tumba.

En los países que marchan a la cabeza de la civilización, los hospitales han llegado a ser y son justamente objeto de orgullo nacional; y en los hospitales de París, de Londres, de New York, por ejemplo, el viajero más exótico siente que su espíritu se llena de admiración y veneración hacia la sabiduría y la grandeza moral de los pueblos modernos.

En las principales ciudades de Puerto Rico existen recomendables instituciones de este género; y ayer mismo, un hospital presbiteriano, cuyo edificio enriquece el ornato público de Santurce, abrió sus puertas para recibir generosamente en sus salas a nuestros enfermos pobres.

Pero no basta. Así lo juzga al menos este Departamento, y en ello está de acuerdo con los más vivos y firmes deseos del Gobierno Insular.

Es necesario generalizar el beneficio. Es necesario que realicemos la obra buena y honrosa de crear hospitales, de multiplicar los hospitales, de modo que cada pueblo de alguna importancia, así como tiene su templo para orar, así como tiene su escuela para ilustrarse, tenga también su asilo para el dolor desamparado.

¿Cómo realizaremos esta noble y fecunda aspiración? Yo creo que sencillamente con el concurso de todos.

Lo primero ha de ser sin duda alguna la iniciativa de V. como primera autoridad civil de esa ciudad, y yo creo que siendo suya la iniciativa sabrá ser trascendental por la inteligencia y la perseverancia.

Si el Municipio no cuenta con rentas suficientes para alcanzar por sí solo el filantrópico fin que es materia de esta nota, tendrá indudablemente el auxilio espontáneo y cabal de todas las voluntades y fortunas particulares, cristianos como son todos los pueblos de la isla.

Desde luego yo estoy seguro de la más entusiasta adhesión de V. al propósito que aquí le comunico; y espero que le consagrará abiertamente su mayor, y más inmediata, y más práctica actividad.

Soy de V. atentamente,

(Firmado) *F. R. de Goenaga, M. D.*,
Acting Superviror of Health.

OFFICE OF THE SUPERIOR BOARD OF HEALTH.

San Juan, P. R.

Abril 12 de 1904.

A los Sres. Oficiales de Sanidad.

Por la circular dirigida con esta fecha a los señores Alcaldes, y por la excitación pública al pueblo de Puerto Rico, se impondrá usted del propósito que anima a este Departamento a la fundación de hospitales en todas las poblaciones de la isla.

Sin duda alguna que la más viva e inteligente simpatía hacia este proyecto, se encontrará en los médicos en general, y particularmente en los médicos de sanidad, cuyos servicios son hoy árduos e incompletos por la falta de establecimientos del género de los que tratamos de multiplicar en la Isla.

A ustedes toca, pues, de modo muy especial, trabajar por el logro de tan laudable objeto; y para ello me permito insinuar a usted que es la propaganda, en todas sus formas, uno de los medios más fecundos en la eficacia de la labor que reclama esta obra de amor a la humanidad.

Este Departamento cuenta, pues, con que en el camino que hoy emprendemos, y en el cual recogeremos, con los inevitables obstáculos, nuestra noble satisfacción impersonal, se le encontrará a usted siempre en acción, sumando su esfuerzo al grande esfuerzo común.

Atentamente,

(Firmado) *F. R. de Goenaga, M. D.*,
Acting Superviror of Health.

OFFICE OF THE SUPERIOR BOARD OF HEALTH.

San Juan, P. R.

Abril 18, 1904.

A los Sres. Oficiales de Sanidad.

Es alarmante la ignorancia que reina en ciertas clases sociales respecto al objeto y a los beneficios de la higiene. De esta ignorancia tendrá Ud. diarias pruebas en su práctica profesional y particularmente en el ejercicio de sus deberes oficiales.

En ocasiones, usted habrá sido testigo de cosas estupendas en este sentido; y su asombro habrá sido sin duda extraordinario al encontrar estos mismos casos de ignorancia en personas de viso.

Combatir esta ignorancia es uno de nuestros más urgentes deberes, el más urgente quizás, y sin duda el primordial porque mientras la ignorancia subsista serán ungatorios los esfuerzos que hagamos por implantar y generalizar las medidas higiénicas, cuya eficacia no será completa y permanente sino cuando estén garantizadas por la conciencia pública.

Formar esta conciencia es obra nuestra, al menos por el momento y excitarlo a usted a que contribuya a ella con su fecundo esfuerzo es el fin de esta nota.

Pienso que las conferencias populares serán al efecto de grandes consecuencias; y aún cuando esta labor no está prevista en las atribuciones legales de su cargo, yo estoy seguro de que usted la emprenderá gustoso, con el amor del médico por cuanto con su noble ciencia se relaciona, y con el amor del patriota por todo lo que ceda en beneficio de la patria.

Confío, pues, en que esta súplica tendrá por parte suya la acogida que espero; y

me halaga la esperanza de que muy pronto, en toda la isla, la palabra de los médicos se escuche como palabra de vida, revelando a los pueblos el poder milagroso de la higiene.

Atentamente,

(Firmado) *F. R. de Goenaga, M. D.*,
Acting Superviror of Health.

OFFICE OF THE SUPERIOR BOARD OF HEALTH.

San Juan, P. R.

Abril 18, 1904.

A los Sres. Oficiales de Sanidad.

En concordancia con mi nota circular sobre fundación de hospitales en las poblaciones de la isla, me dirijo de nuevo a usted para sugerir la idea de que su iniciativa como Médico en el sentido indicado en mi nota referida, sea por lo menos simultánea con la que sin duda tomarán los Alacldes, a quienes por su autoridad y los elementos de que disponen consideré como los más indicados para la prioridad en la ejecución del filantrópico propósito.

Parece claro sin embargo que en la empresa que proyectamos no debe haber esfuerzos retardados por la espectación de ajenas actividades; sino que por lo contrario todas deben adelantarse, como en un impulso unísono, para concurrir con presteza y eficacia a los comienzos prácticos de la obra.

Si, contra lo que creo y espero, no sucediese así tengo fé plena en que en los médicos se encontrará viva y pronta la voluntad de la iniciativa.

Para esta iniciativa la ocasión más propicia está muy próxima. Estos días se harán los presupuestos municipales; e incluyendo en ellos la partida que al efecto se juzgue suficiente, se habrá comenzado a transformar en tangible verdad la noble idea que sustentamos.

Proceda Ud., pues, sin pérdida de momento a inteligenciarse con el Hon. Sr. Alcalde de esa localidad a fin de que unificados en pareceres se acuerde definitivamente incorporar en el presupuesto que va a rgir, la asignación mencionada.

Esta será una primera conquista, y podremos entonces afirmar que la magna obra comienza a realizarse.

Atentamente,

(Firmado) *F. R. de Goenaga, M. D.*,
Acting Superviror of Health.

OFFICE OF THE SUPERIOR BOARD OF HEALTH.

San Juan, P. R.

Abril 26, 1904.

A los Sres. Oficiales de Sanidad.

Ninguna persona medianamente culta es extraña a la importancia universal que hoy alcanza la Estadística, ciencia moderna cuya más regular y perfecta ampliación es en el día alto testimonio de progreso y civilización en los pueblos más avanzados.

La estadística es la única fuente posible de certeza y de exactitud. Es la historia de los hechos desnudos, base infalible de las verdades positivas. Los Gobiernos y las Ciencias tienen en ello un elemento esencial y primario de comprobación rigurosa y previsión certera.
Se anduvo a tientas mientras no tuvo este auxiliar indispensable a la seguridad de todo cálculo y de todo criterio. Pue-

de decirse, en suma, que vive en el caos un pueblo cuya estadística en todos sus ramos, no está constituída.

Por lo que hace a este Despacho, juzga el suscrito que es urgentísimo fundar inmediatamente y puntualizar del modo más extricto, la estadística demográfica.

Es necesario de toda necesidad conocer con precisión las diversas enfermedades reinantes en cada localidad, las épocas de prevalecimiento de las unas sobre las otras, la proporción de curados y de mortalidad, las influencias de edad, sexo, estado social, raza, oficio, condiciones de vida, etc.

Sin estos datos, que para ser útiles han de ser respetables por su absoluta veracidad, no es posible la lucha contra las enfermedades que diezman las poblaciones, pues se ignoran siempre sus causas y no habrá cómo conocer los medios de vencerlas.

No debemos ignorar un día más estos datos; y mientras se termina la impresión de modelos en blanco que facilitarán el cumplimiento de labor tan importante, ruego a V. se sirva recogerlos y anotarlos en la forma más adecuada posible y remitirlos luego mensualmente a este Despacho.

La estadística más necesaria es sin duda la de las enfermedades contagiosas e infecciosas; y siendo así, me permito indicar a Ud. se sirva llevarla aparte en un libro especial, incluyéndola, además, en el cuadro general de las diversas enfermedades. Espero en consecuencia poder conocer para el día último las enfermedades de toda índole que existan en ese distrito; y no dudo que usted cuidará asimismo de suministrarme los detalles de edad, sexo, ocupación, estado civil, etc.

Además usted se servirá dar a este Despacho diariamente y por telégrafo cuenta exacta de los casos curados y de las defunciones, mencionando solamente el nombre de la persona y denominación del caso numerado ya en la Estadística especial de enfermedades contagiosas e infecciosas. Usted se servirá dar cuenta asimismo telegráficamente de cada nuevo caso apenas ocurrido, con participación de todos los detalles.

Jugzo inútil encarecer a usted actividad y eficacia en el desempeño de este cargo, porque estoy convencido de que usted, dada la naturaleza de este asunto, se penetrará por si mismo y sin agena excitación del sagrado deber de cumplirlo con entera cabalidad.

De Ud. atentamente,

(Firmado) *F. R. de Goenaga, M. D.,*
Acting Superviror of Health.

OFFICE OF THE SUPERIOR BOARD OF HEALTH.

San Juan, P. R.

Abril 28, 1904.

Hon. Sr. Alcalde de
San Juan, P. R.

Señor:—

La Sanidad Marítima reclama la certeza oficial de los datos estadísticos en las enfermedades contagiosas, por notar diferencias entre los adquiridos en este Centro y los suministrados por el Oficial de Sanidad de esta Capital.

Con fecha 5 del mes corriente, previne a dicho oficial de Sanidad, la necesidad de que remitiera a este departamento las altas y bajas según ocurrieran, y se limitó a contestar con una serie de preguntas impertinentes, sin que, hasta la fecha, haya dado cumplimiento a mi órden, a pesar de haberle aclarado sus du-

das inmotivadas. Sólo dos casos de alta, con fecha 14, referidos a varioloide, han sido reportados. No obstante los periódicos publican diario movimiento en los hospitales.

Con este motivo y otros inconvenientes que se han presentado respecto a la vacuna, visité, acompañado de usted, las Oficinas de Sanidad Municipal, y grande fué mi asombro al observar que los reglamentos de Sanidad han sido letra muerta para dicho señor Oficial de Sanidad hasta en lo relativo al órden de las referidas oficinas.

El libro de estadísticas es un caos, y tal libro y el de licencia para la limpieza de letrinas son los únicos que presentaron a mi observación.

No existen los libros previstos en los Artículos 3 y 17 del Capítulo "El Oficial de Sanidad," ni el 6 y 7 del Capítulo "Vacuna," ni nada que responda a la regularidad prevista en el Reglamento de la Junta Superior de Sanidad.

Con fecha 4 del mes actual dirijí al mencionado oficial de Sanidad una comunicación señalándole la necesidad de cumplimentar las disposiciones higiénicas puntualizando muchas de ellas, como animales realengos, sistema de recoger las basuras, aglomeración de inmundicias en las casas, etc., etc. Contestó que estos asuntos eran baladíes, y a su teoría absurda ha unido la práctica; pues nada ha corregido y continúa todo en completo abandono.

Yo me veo obligado nuevamente a llamar, del modo más perentorio posible, la atención de usted hacia la necesidad urgentísima de sustituir en tan delicado cargo al actual oficial de Sanidad con una persona sensata y capaz de modo que no continúen sufriendo detrimento, ni grande ni pequeño, los sagrados intereses de la salud pública.

Respetuosamente,

Acting Supervisor el Health.

OFFICE OF THE SUPERIOR BOARD OF HEALTH.

San Juan, P. R.

Mayo 5, de 1904.

A los señores Médicos Cirujanos.

La circular sobre estadística dirigida a los Oficiales de Sanidad de la Isla, ha sugerido en algunos médicos dudas y escrúpulos que urge desvanecer en beneficio de los intereses públicos.

Estos escrúpulos y dudas serían inexplicables sino fuese porque claramente se originan en un esmeradísimo concepto de la probidad profesional.

Pero hay error en creer que se viola el secreto profesional comunicando los datos que reclama la formación de la estadística. Esta interpretación, de suyo inusitada, implica necesariamente la anulación de una ciencia de imponderable importancia. Si la reserva del médico y la publicidad de los datos del movimiento sanitario y demográfico, estuviesen en conflicto, fenómeno que no ha ocurrido nunca en ninguna parte, este ramo de la estadística sería imposible, y de hecho no existiría como existe en todos los países bien constituídos. Pero sucede que la duda en este punto no es siquiera concebible, porque sin tales datos la ciencia médica no sabría en ningún caso a qué atenerse, y las autoridades de Sanidad carecerían de toda orientación para el estudio de las enfermedades reinantes y las medidas encaminadas a combatirlas.

Las estadísticas sanitarias y demográficas de Cuba y Filipinas, por ejemplo, son valiosas pruebas del grado de cultura médica que alcanzan estos países, y revelan el buen juicio y acierto de sus Gobiernos y hombres de ciencia en la regularización y perfeccionamiento de ramo tan importante de la administración y de la ciencia.

Hay equivocación en suponer que la estadística de que se trata ha de ser nominal. No es el nombre de los atacados de tal o cual enfermedad, epidémica o no, lo que importa a las autoridades y a la ciencia. Es la enfermedad misma, con su cortejo de esenciales detalles: la edad del paciente, su procedencia, su filiación, su clase social, su estado civil, sus costumbres, su oficio o profesión, cuanto concurra en fin, a ayudar a la ciencia en la investigación de la verdad y en la adopción de recursos para preservar de azote a la sociedad.

Cuando se distribuyan los cuadros o modelos en blanco que prepara este Departamento, se verá por todos que no es una historia clínica de cada enfermedad y sus casos lo que se pide a los médicos para la formación de la estadística, sino una información rigurosa y sencilla simple puede decirse y desnuda de circunstancias, calidades y condiciones, indispensables para los fines apuntados.

Por lo demás, raro sería, a mi juicio, y sorprendente, encontrar un médico que rehusase la facilitación de estos datos por no considerarse en la obligación de hacerlo; pues esto equivaldría a desconocer los indestructibles vínculos de todo género que nos ligan al cuerpo común de la sociedad. Someterse a las leyes y disposiciones públicas es el primer deber del ciudadano, sea cual fuere su oficio y gerarquía; y las acepta de hecho y *a priori* quien quiera que desarrolle la actividad de su vida en el seno de la sociedad, cuya legislación es al propio tiempo amparo y garantía de todos los intereses legítimos.

Respetuosamente,

(Firmado) *F. R. de Goenaga, M. D.,*
Acting Superviror of Health.

DEPARTMENT OF THE INTERIOR

Office of the Superior Board of Health of Porto Rico.

San Juan, P. R., May 5, 1904.

Hon. Acting Supervisor of Health,
San Juan, P. R.

Sir:—

I have the honor to report that there are still, 177 houses in the city of San Juan in which the plumbing is not in sanitary condition according to the rules and regulations of the Superior Board of Health.

The numbers of the houses and the names of the streets are as follows:

Tetuan: 46, 48, 49, 51, 52, 54, 59, 64, 71, 74.

Allen: 7, 8, 9, 17, 18, 19, 20, 22, 27, 28, 33, 36, 37 39, 40, 41, 45, 48, 50, 54, 58, 61, 62, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 72, 74, 78, 80, 82, 83, 84, 88, 90, 94.

San Sebastián: 1, 9, 11, 21, 22, 26, 38, 73

Tanca: 4, 5, 7, 9, 19, 21, 24.

Cruz: 3, 6, 7, 10, 11, 13, 17, 18, 19, 24, 27, 33, 45, 46, 48.

San Justo: 2, 3, 6, 8, 11, 14, 15, 19, 21, 29, 37.

San José: 4, 5, 9, 10, 18, 20, 22.

Cristo: 5, 6, 8, 10, 14, 17, 19, 48, 52.

Norzagaray: 2, 3, 12, 14, 16, 18, 22, 26.

Luna: 40, 41, 54, 67, 68.

Sol: 34, 73, 75.

Casa Blanca: 1.

Recinto Oeste: 5.

Mercado: 3, 5.

O'Donnell: 1, 1½, 2, 7, 10, 14, 16, 18.
San Juan: 5.
Rosario: 1, 8.
Beneficencia: 5.
San Francisco: 11, 20, 21, 22, 26, 30, 31, 40, 44, 47, 51, 56, 59 62, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 74, 75, 76, 78, 82, 83, 84, 85, 88, 93, 95, 97, 99.

Theater building.

Very respectfully,

(Signed) *George Spaven.*
Plumbing Inspector.

INSULAR CHARITIES
INSANE ASYLUM.

Office of Superintendent.

San Juan, P. R.

Honorable Sr. Alcalde de Arecibo,

Por denuncia oficial se ha impuesto este Departamento con la más viva sorpresa del estado en que se encuentra la cárcel de esa ciudad, sin letrinas, sin desagües, sin cocina, sin pavimento, y con una cloaca abierta que recorre precisamente el principal lugar de los detenidos. En los tiempos actuales es apenas creible que esto suceda; y aunque la falta de recursos económicos podría alegarse para explicar semejante abandono, siempre aparecerá innegable que el celo, la actividad, la energía de las autoridades resueltas a servir con eficacia los intereses que les han sido confiados, encontrarán por lo menos los medios más indispensables para atender siquiera a las necesidades más urgentes e imperiosas.

Seguro de la lealtad conque Ud. sirve los sagrados intereses que el pueblo ha confiado a sus aptitudes y a patriotismo, este Departamento se dirige hoy a Ud. para excitarlo a tomar sin pérdida de tiempo las medidas que reclama la deplorable situación a que me refiero, de modo que a la vuelta del más breve plazo posible la cárcel de Arecibo no sea como es un foco de infección sino un lugar habitable por sus condiciones de comodidad y de salubridad.

Al efecto, este Departamento cree que Ud. debe mirar este asunto como anterior a cualquier otro asunto; y poner su principal empeño en poder comunicar a este Departamento que se han cumplido los fines a que esta nota se contrae.

De Ud. atentamente,

(Firmado) *F. R. de Goenaga, M. D.,*
Acting Superviror of Health.

INSULAR CHARITIES
INSANE ASYLUM.

Office of Superintendent.

San Juan, P. R.

Honorable Sr. Alcalde de Fajardo.

El informe del Inspector de Sanidad del Distrito Norte, Sr. Dr. J. M. Saldaña, fechado el 24 de Abril último, entera a este Departamento de que son por todo extremo deplorables las condiciones sanitarias de esa población. Este informe es ratificación de uno anterior en que el mismo funcionario de sanidad comunicó a este Departamento sus observaciones e impresiones recogidas en visita oficial practicada por él al pueblo de Fajardo.

Es apenas verosímil que en los actuales tiempos, y en el grado de cultura que alcanza la Isla, haya poblaciones como Fajardo con calles afeadas por montones de basura, con una cárcel cuyo estado es amenaza de la vida y agravio a la dig-

nidad de los hombres, con un caño de aguas estancadas y fétidas, y con un hospital desaseado y abandonado.

Semejante estado de cosas implica necesariamente las más fatales consecuencias; y así no es extraño que en Fajardo comience a desarrollarse, como lo informa el Inspector, el horrible azote de la viruela, ni será extraño tampoco, que subsistiendo semejante estado de infección, agravado por la entrada de los meses más cálidos, se desarrollen nuevos azotes que conviertan a Fajardo en un campo de muerte.

Y es lo más grave que el Sr. Inspector se queja de que sus denuncias y excitaciones no encuentran acogida en la autoridad de Ud. respondiéndosele siempre con el pretexto de la falta de recursos económicos. No se necesitan caudales, ni mucho menos, para recoger y botar las basuras de una pequeña población como Fajardo, ni para limpiar y mantener expedito el cauce de una acequia de corto trayecto, ni para conservar aseado el hospital, que es lo más aseado que debe haber en un pueblo. Se necesita solamente un poco de buena voluntad y claro discernimiento de los deberes del cargo que se ejerce; condiciones que Ud. tiene sin duda y que le servirán eficazmente para alcanzar en el plazo más breve una modificación esencial en el pésimo estado sanitario de Fajardo.

En ello está seguramente interesado el crédito de la autoridad de Ud. y su concepto de hombre de bien que no puede ser indiferente a la salud y la vida de las familias y de los ciudadanos.

Por tanto, este Departamento espera confiado que Ud. le comunicará pronto que está cumplida la transformación que con tanta urgencia reclama el estado sanitario de Fajardo.

De Ud. atentamente,

Honorable Sr. Alcalde de Carolina.

En consecuencia del informe trasmitido a este Departamento, con fecha 26 de Abril último, por el Inspector de Sanidad del Distrito Norte, señor Dr. J. M. Saldaña, sobre el estado sanitario de esa población, que él encuentra en condiciones regulares, me dirijo a Ud. para exitarlo a disponer sin pérdida de tiempo la reforma que urgentemente reclama la carnicería, cuya limpieza no debe descuidarse un solo día; y a lo menos urgente habilitación de un local para el servicio de hospital; todo esto sin perjuicio de no omitir esfuerzos por mejorar cada vez más la higiene de la población.

Llamo sobre todo la atención de Ud. hacia el punto relativo al hospital, pues apenas se concibe en nuestros días que exista un pueblo sin un establecimiento en que albergar y curar a los enfermos pobres.

De su inteligencia, buena voluntad y patriotismo, espero el pronto y favorable resultado de las medidas que aquí le recomiendo; y el cual será sin duda honra de Ud. y provecho del pueblo de Carolina.

De Ud. atentamente,

INSULAR CHARITIES
INSANE ASYLUM.

Office of Superintendent.

San Juan, P. R.

Honorable Sr. Alcalde de Naguabo.

Es verdaderamente deplorable el abandono en que se encuentra esa población respecto a las prescripciones de la higiene, según recientes informes del Inspector de Sanidad del Distrito Norte, Sr. J. M. Saldaña, quien comunica a este

Despacho que no es diaria, sino a largos intervalos, la recolección de las basuras, que no se hace nunca la limpieza de los patios de las casas, que es malísimo el estado de las letrinas, que la leche se expende en lugares privados e inadecuados sin exámen ni vigilancia alguna, que el pan es abominable; que el cementerio está lleno, al extremo de que en cada nueva excavación se tropiezan con cadáveres recientes; que no hay hospital, ni siquiera para los casos más urgentes; y lo que es peor que todo esto, que el Juez alsuelve a los infractores, en la mayoría de los casos.

Semejante cuadro es espantoso; y lo sorprendente es que en Naguabo no se hayan desarrollado ya todas las epidemias mortales, además de la viruela que ya existe según el mencionado Inspector.

A la autoridad de Ud. afecta grandemente la prolongación de este estado de cosas; y es por ello que no dudo que bien penetrado Ud. de la gravedad y urgencia del caso, procederá inmediatamente a dictar enérgicas y eficaces medidas que cambien pronto y esencialmente la situación.

Todo eso es la obra de la apatía, de la desidia. Hay que mover con la mayor presteza todos los resortes de la autoridad para sanear esa población y satisfacer sus necesidades más perentorias e indispensables, como son el hospital y el cementerio. Es apenas concebible lo que pasa a este respecto en Naguabo; y no se comprende como habitantes y autoridades, todos juntos y expontáneamente no se apresuran a dotar de tan esenciales servicios a esa población.

Es, pues, urgentísimo que Ud. tome medidas para habilitar un local para hospital; para abrir un nuevo cementerio, clausurando el actual; para poner en la más rigurosa vigilancia las ordenanzas sobre la leche y sobre el pan; para sanear en fin la población.

Este Departamento confía en la buena voluntad, patriotismo e inteligencia de Ud. para el logro de los fines de esta nota; y acerca de ellos espera tener pronto de Ud. los más satisfactorios informes.

De Ud. atentamente,

INSULAR CHARITIES
INSANE ASYLUM.

Office of Superintendent.
San Juan, P. R.

Sr. Oficial de Sanidad de Naguabo.

Del informe rendido a este Despacho por el Inspector de Sanidad del Distrito Norte, deduzco que son alarmantes las condiciones de abandono en que se encuentra esa población respecto a las prescripciones higiénicas.

En ello puede afectarle a Ud. no poca responsabilidad, como encargado en primer término de velar por la integridad y eficacia de aquellas prescripciones.

La limpieza de los patios de las casas, la diaria recolección de las basuras, el buen estado de las letrinas, el saneamiento en general de la población, deben interesar vivamente la atención y la actividad de Ud., de modo que todos estos servicios se hagan con la extricta regularidad que reclama la salud pública.

Llamo la atención de Ud. particularmente hacia los expendios de leche en lugares ilegales y no apropósito; práctica peligrosa y que debe evitarse a todo trance.

Hoy me dirijo con este mismo objeto al Sr. Alcalde; y espero que de acuerdo Ud. y él lograrán pronto la supresión de las causas que dañan el medio sanitario de esa población.

De Ud. atentamente,

San Juan, P. R., Mayo 17, 1904.

Hon. Sr. Alcalde Ponce.

Señor:—A fines de Abril se dirigió este Departamento al oficial de Sanidad de Ponce, en solicitud de informes sobre el estado higiénico de esa ciudad, y por su respuesta se ha enterado este Departamento de que es urgentísimo proceder a modificar las condiciones higiénicas de Ponce.

Imperan las causas más eficientes de mortalidad en un pueblo que no cuenta con alcantarillado, ni siquiera con un sistema de desagüe que evite la acumulación de resíduos y excresencias y el estancamiento de las aguas en los fondos y en las calles.

El principal deber de la autoridad es atender a esta necesidad pública, tan directamente relacionada con la vida y la cultura; y siendo así, no dudo que Ud. se pentrará bien de las obligaciones morales y oficiales que en el caso militan apremiándolo; y sin pérdida de momento iniciará prácticamente la adopción de las medidas que en plazo rápido conduzcan a una transformación si no del todo radical al menos lo más radical posible, de modo que Ponce sea cuanto antes y por este respecto escudado contra el azote de las enfermedades y de la muerte.

Conveniente sería comenzar al propio tiempo la construcción del pavimento de las calles; y establecer asímismo el barrido, riego y aseo general de estas con la regularidad sistemática con que se hace este servicio en las poblaciones civilizadas.

En suma significaré a Ud. que el actual estado de cosas en Ponce no puede ni debe subsistir, y que su modificación, a todo trance, es obra indispensable e inaplazable.

Este Departamento espera tener en este grave e importante asunto las mejores ocasiones de apreciar y aplaudir la actividad de Ud.

Respetuosamente,

INSULAR CHARITIES
INSANE ASYLUM.

Office of Superintendent.

San Juan, P. R.

Mayo 20 de 1904.

Hon. Sr. Alcalde de Ponce, P. R.

Señor:—

Con la mayor satisfacción he leído su nota del 18, en la que informa a este Departamento de las condiciones sanitarias de la ciudad de que es Ud. digno Alcalde, y da cuenta de las acertadas medidas que se propone poner en práctica para ensanchar y perfeccionar lo mas posible la higienización de la importante ciudad del Sur.

Este Despacho celebra profundamente que la comunicación dirijida a Ud. con fecha 17, sobre el particular, semejante a la que en el mismo sentido se dirijió también a los demás Alcaldes de la Isla, haya tenido por parte de Ud. tan excelente acojida; y con tal motivo este Departamento se complace en reconocer y aplaudir el celo, la buena voluntad y el patriotismo de Ud. en el desempeño del delicado cargo que ocupa.

De Ud. atentamente,

Acting Supervisor of Health.

INSULAR CHARITIES
INSANE ASYLUM.

Office of Superintendent.

San Juan, P. R.

Mayo 20 de 1904.

Hon. Sr. Alcalde de Río Grande, P. R.

Señor:—

Por informe del Sr. Inspector de Sanidad del Distrito Norte, Sr. Dr. J. M. Saldaña, se ha impuesto este Departamento de que son enteramente satisfactorias las condiciones sanitarias de esa población; a tal punto que Río Grande constituye, a este respecto, una de las pocas excepciones entre los pueblos de la Isla.

En ello hay sin duda para usted no poca honra; y al declararlo así, este Departamento se complace en hacer justicia a la eficacia de usted en el cumplimiento de los deberes que le corresponden en este particular.

Este Despacho espera que el plausible estado higiénico actual de Río Grande subsista y se mantenga siempre así, para elogio de usted y beneficio de la ciudad de que es Ud. digno Alcalde.

De Ud. atentamente,

Acting Supervisor of Health.

OFFICE OF THE ACTING SUPERVISOR OF HEALTH

San Juan, Puerto Rico.

CIRCULAR.

Mayo 25 de 1904.

Sr. Oficial de Sanidad de

................., P. R.

Señor:

Suplico a usted se sirva remitir a este Departamento, un informe completo de las medidas puestas en práctica por usted para mejorar el estado sanitario de esa ciudad, los resultados obtenidos por usted con tales medidas, y las actuales condiciones higiénicas de la población.

Pido a usted dicho informe con el objeto de incorporarse al informe general que este Departamento remitirá al Hon. Gobernador de la Isla para que forme parte del Report anual que él dirigirá al Presidente de la República.

Dada la premura del tiempo, suplico a usted la mayor prontitud en la remisión de los datos que de usted solicito.

Respetuosamente,

F. R. de Goenaga, M. D.
Acting Supervisor of Health.

Office of the Supervisor of Health.

San Juan, Puerto Rico.

CIRCULAR.

Mayo 25 de 1904.

Hon. Sr. Alcalde de

..............., P. R.

Señor:

Los datos referentes a las cantidades invertidas por esa Municipalidad en el ramo de Sanidad durante el último año económico, debe figurar en el Report anual del Hon. Gobernador dirigido al Presidente de la República, incorporados al informe general de este Departamento.

Dada la brevedad del tiempo, suplico a usted se sirva remitirlos a este Despacho lo más inmediatamente posible.

Considero innecesario decir a usted que dichos datos deben ser exactos y completos.

De usted atentamente,

F. R. de Goenaga, M. D.
Acting Supervisor of Health.

Office of Supervisor of Health

San Juan, Puerto Rico.

Mayo 27 de 1904.

Hon. Señor Alcalde de
Ponce, P. R.

Señor:

Un informe oficial recibido en este Despacho acerca del estado y las condiciones de la Cárcel de esa Ciudad, ha producido en este Departamento la más honda impresión de sorpresa y de alarma.

Tan grave y perentorio pareció el caso a este Departamento que creyó necesario enterar de él al Hon. Sr. Gobernador de la Isla en consulta de medidas inmediatas y radicales que de momento y de un todo cortasen la situación.

Procedía sin duda alguna la clasura instantánea del local que en Ponce sirve de Cárcel, y que no es sino un lugar de tortura y de amaneza mortal para la salud y la vida de los presos.

Se ha resuelto sinembargo dar a usted un plazo, el más breve plazo posible, para modificar esencialmente el deplorable estado de cosas en la cárcel actual, o instalar esta en un edificio a propósito por su comodidad, su seguridad y su salubridad.

Merece los más duros conceptos el hecho cruel y hasta inhumano de encerrar treinta y más hombres en habitaciones apenas capaces para contener cuatro o seis, poniéndoles además a convivir con un depósito de inmundicias.

Hacinar así a la humanidad, amontonarla en masa para que gima en una atmósfera envenenada, privarla de aire, de luz, de la indispensable holgura, es atentar gravemente contra la dignidad, la salud, y la vida de los hombres.

Son muy otros los fines de la sociedad al instituir los establecimientos carcelarios; y contrariar en semejante forma los altos fines sociales es incurrir en responsabilidades que ningún hombre de conciencia puede aceptar.

En los tiempos que alcanzamos es además una afrenta para la civilización de Puerto Rico que establecimientos penales de ciudades como Ponce ultrajen la piedad y la dignidad y sean un peligro mortal para la vida de los recluidos.

Dada la buena acogida que usted ha dado a anteriores comunicaciones del suscrito, encaminadas a objetos del más evidente interés público, este Departamento tiene fe en que usted se apersonará plenamente del grave asunto que es materia de esta nota; y en el breve plazo preindicado dejará satisfecha la urgentísima necesidad de transformar radicalmente las condiciones de la cárcel de esa ciudad, acordándolas en un todo con la higiene, la piedad y la razón.

De usted atentamente,

Dr. F. R. de Goenaga
Acting Supervisor of Health.

Office of the Director of Health, Charities and Correction.

San Juan, Puerto Rico.

Junio 2 de 1904.

Señor Dr. D. Frco. R. de Goeanaga.
Superintendente del Asilo de dementes,
San Juan, P. R.

Señor:

Al cesar usted en el cargo de Superintendente de Sanidad que ha venido desempeñando por sustitución desde que se creara la oficina de Sanidad, Caridad y Prisiones, es muy grato para mí dar a

usted las gracias más expresivas por los servicios que ha prestado usted en el desempeño de sus funciones.

La actividad por Ud. desarrollada, sus valiosas iniciativas en diferentes materias, su energía saludable, han contribuído poderosamente a abrir una era de progreso en materia tan interesante como lo que ha estado a usted encomendada durante su interinidad y le hacen acreedor por todo concepto a mi consideración y gratitud, por cuanto ha sido una obra penosa, a la cual ha dedicado Ud. todo su esfuerzo y en la que ha determinado una corriente fija dirigida al éxito del departamento.

Mientras mis servicios a esa causa sean necesarios, habré de recordar el mérito de los suyos, que serán conservados en la historia de la oficina como modelo de eficacia, actividad, celo e inteligencia.

Soy de usted con la mayor consideración,

Affmo. amigo q. b. s. m.,

(Firmado) *J. Gómez Brioso,*
Director of Health,
Charities and Corrections.

San Juan, P. R., Junio 4 de 1904.

Hon. Sr. J. Gómez Brioso,
Director de Caridad, Sanidad y Prisiones.

Honorable Sr.:

Con viva complacencia he leído su carta del 2, que conservaré como preciosa credencial de mi vida pública.

En las funciones que acabo de ejercer en el Departamento del digno cargo de Ud. me animó siempre el alto amor del concepto el engrandecimiento de la patria; y mis esfuerzos, humildes pero leales, estuvieron constantemente inspirados en la ambición del éxito del Departamento, cuya creación respondió a fines de la más grave importancia, y cuya suerte, cualquiera que sea, alcanzará la mayor influencia en los destinos del pueblo de Puerto Rico.

Mis servicios humildes vuelvo a decir, pero leales, a las veces dolorosos como todos empeños por el bien, están largamente recompensados con la sanción del Gobierno y del país; y los benévolos juicios de su carta, tan amplios y tan francos, tan honrosos, son para mí de singular aprecio en esa suprema recompensa porque los avalora la autoridad personal y política de Ud.

Al expresar a Ud. mi gratitud, y la satisfacción con que he sido su compañero en las árduas tareas de ese Departamento, hago los más ingénuos votos por el éxito de Ud. para gloria de su nombre y provecho de la patria.

Con la mayor consideración tengo la honra de ser de Ud.

Atento S. S. y amigo q. b. s. m.,

Francisco R. de Goenaga.
Superintendente del Manicomio.

Fué sucesor del Dr. Gómez Brioso el Sr. Andrés Crosas que en época anterior, como dejo descrito, puso sus honrados esfuerzos y valiosa influencia al servicio del Manicomio en todos sentidos y por su conducto, el año 1906, dirigí al Hon. Bukman Winthrop, Gobernador de esta isla, una Memoria Anual del Manicomio de San Juan y entre otras cosas expuse:

El Honorable Sr. Crosas, que conoce como pocos las necesidades del Manicomio, puesto que ha estado en relación con él desde la ocupación americana, consiguió en el presupuesto para el próximo año una partida de $1,200 destinada al pago del Médico Auxiliar. En las alteraciones sufridas por el presupuesto en la

Legislatura desapareció esta partida, lo cual es profundamente deplorable, porque la necesidad del Médico Auxiliar es positiva y cada vez más grande, y no se retardará su nombramiento sin grave perjuicio para la eficiencia del Asilo. Yo me permito recomendar muy encarecidamente este asunto a la sabiduría del Hon. Sr. Gobernador, en la seguridad de que esta vez como siempre el Manicomio tendrá prueba de su buena voluntad, y en la esperanza de que la Legislatura, con suficiente información del asunto y detenida consideración de él, no vacilará en colocar en el presupuesto del año subsiguiente la partida relativa al Médico Auxiliar. Cuando hace doce años tomé posesión del cargo de Médico Director del Manicomio, esta plaza de Médico Auxiliar existía ya, y entonces no había sino 128 asilados, mientras que hoy hay 240, o más del doble, sin contar los enfermos pudientes, cuyo número es ilimitado. En el año 1907 a 1909 habrán de tener entrada en el Manicomio todos los locos de la Isla, con la ampliación adecuada del presupuesto, y no es concebible que para un número tan crecido de enfermos sea bastante un solo Médico, menos aún si se tiene en cuenta que el Médico Superintendente del Manicomio, no solo tiene que tratar a los enfermos del cerebro o alienados, sino también atender a las enfermedades intercurrentes que con la mayor frecuencia sobrevienen, pues a ellas están los locos más expuestos que los cuerdos. Semejante tarea que es de todos los días y de todas las horas, no se hizo para un solo hombre. El Médico Superintendente del Manicomio tiene además gran parte de su tiempo ocupado por los casos judiciales, por el estudio e informe sobre criminales tenidos por locos y locos tenidos por criminales, con todo el peso de las responsabilidades que implican semejantes dictámenes facultativos. Faltan aún por mencionar los casos de operaciones quirúrgicas, en los que tengo siempre que llamar a algún compañero de profesión que bondadosamente me ayude; y los innumerables quehaceres y atenciones que a su cargo tiene siempre el Superintendente de un establecimiento como este. En diez de los más notables manicomios de los Estados Unidos, con una existencia varia de más de 300 y menos de 1,500 enfermos, el número de Médicos en servicio varía hasta llegar a catorce, pero no es nunca inferior a cuatro y es de cuatro en un solo caso.

Departamentos para convalecientes, gimnasia, biblioteca, recreos y una buena banda de música, puesto que histórica y científicamente está probado que la música es esencial en el tratamiento de la locura, son necesidades del establecimiento, que me permito recomendar también al Honorable Sr. Gobernador, en la fé de su entusiasmo por hacer del Manicomio una obra cada vez más útil y completa. Mayor número de empleados y más equitativa retribución es otra de las más importantes necesidades del Manicomio. El número actual de empleados es incuestionablemente insuficiente, y los sueldos que perciben están lejos de ser razonable retribución de su trabajo.

Respetuosamente,

Dr. Francisco R. de Goenaga,
Superintendente del Manicomio.

Dr. F. R. de Goenaga,
Superintendente del Manicomio,
San Juan, P. R.

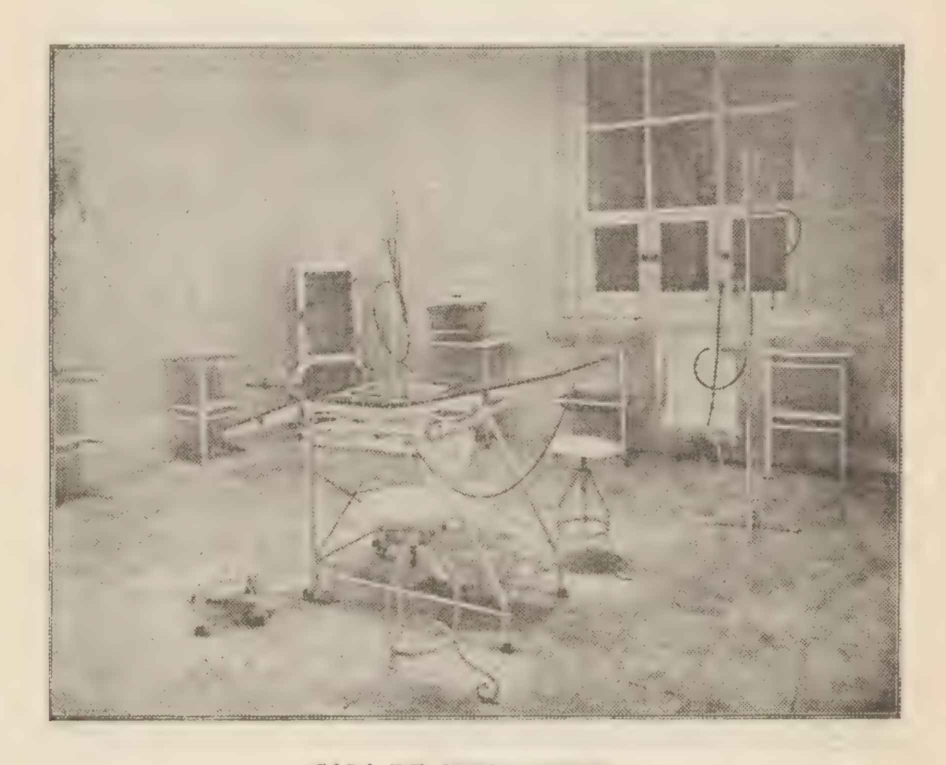
Mi querido Doctor:—

He leído con gran interés su Memoria Anual sobre el Manicomio, y quiero aprovechar esta oportunidad para felicitarlo

por su manera tan sabia de tratar el asunto, obra de reflexión y estudio que prueba evidentemente el buen trabajo que realiza usted en favor de la Institución que dirije.

Tiene usted toda mi simpatía y estoy completamente de acuerdo en cuanto dice: no hay en nuestra comunidad otra clase de infortunados que merezca más atención que los enfermos mentales . Está de plácemes la Isla y hay que felicitarla por tener un caballero de su experiencia al frente de esa Institución.

Tendré sumo placer en ayudar a Ud. en lo que pueda, desde mi puesto oficial, para llevar a cabo las reformas recomendadas por usted al Gobernador en cuanto a los cambios y alteraciones necesarios en los edificios, de modo que pueda ser admitido un mayor número de pacientes. No dudo que el Gobernador prestará también su cooperación a fin de ver que sea usted complacido. Es de lamentarse, no obstante, que la situación financiera del Gobierno no sea todo lo buena que quisiéramos, para poder hacer mucho más por el mejoramiento y el bienestar de los pacientes recluídos en esa Institución.



SALA DE OPERACIONES.

Con mis mejores deseos porque continúen sus éxitos, quedo de Ud.,

Sinceramente,

(Firmado) *Thomas W. Hynes.*
Auditor de Puerto Rico.

Bajo la égida del Hon. Sr. D. Andrés Crosas, decidido protector del Manicomio, adquirió la institución grandes vuelos. La distribución interior, el aseo, la higiene más esmerada, la separación de sexos, la distinción de edades, la agrupación en tareas análogas, el ensanchamiento del edificio, la luz, la amplitud, la comodidad, todo aquello que revela la llegada de un gran pueblo joven y vigoroso en las grandes evoluciones de la civilización universal; todo ello es lo que notarse podía al visitar los departamentos del Manicomio de San Juan.

El crédito adquirido por el Manicomio está comprobado en el "Libro de Visitantes" del año 1906, con infinidad de autógrafos de los cuales nos limitamos a copiar algunos de honorables puertorriqueños por ser ellos muy conocidos en toda la isla:

"La obra científica del Dr. Goenaga es colosal y soberanamente humana."

Martín Travieso Jr.

Mariano Riera Palmer.

Julio 30, 1906.

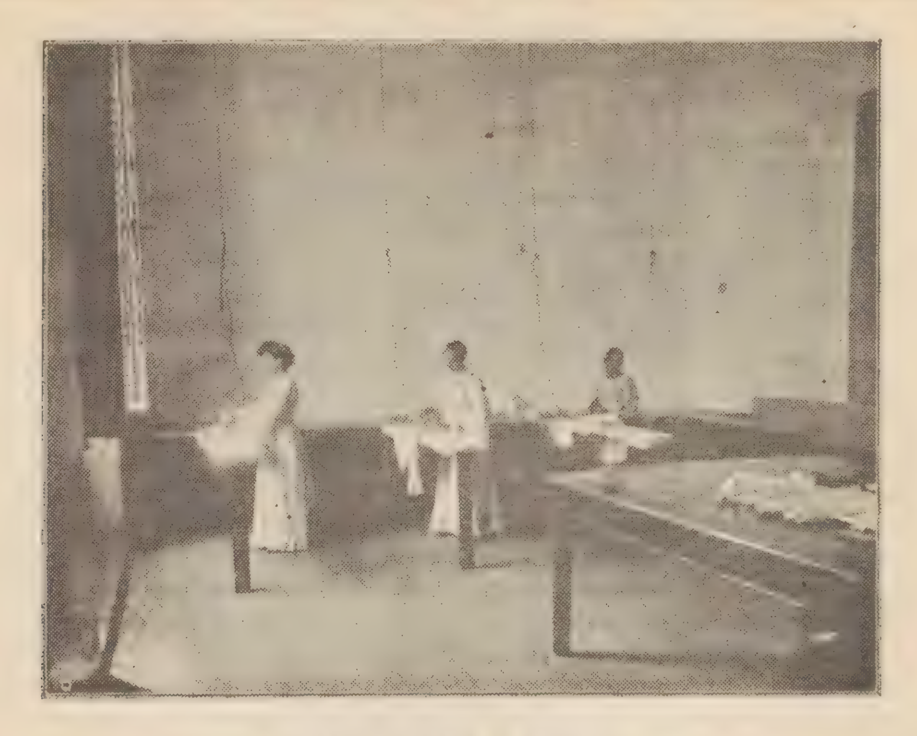


COSTURERO.

"Todo encomio resulta pálido, ante la obra filantrópica y altamente altruista del prestigioso y eminente compañero que dirige hoy este Instituto.

¡Loor a la labor del ilustre Dr. Goenaga!"

Dr. Monagas.



PLANCHADERO ELECTRICO.

"Agosto 18, 1906.

No creía que en Puerto Rico hubiera un establecimiento tan bien atendido por su director.

Pedro de Aldrey.

En el curso de este año 1906 la Cámara Legislativa estableció la Ley del Servicio Civil para que rigiese, no inmediatamente sino un año después de su aprobación, y se introdujo en ella la cláusula siguiente: "Se considerará dentro del Servicio Civil a todo el que ocupe un puesto el día 1o. de Enero de 1907.

El día 30 de Noviembre, es decir, un mes antes de empezar a regir la referida Ley de Servicio Civil, fuí separado del cargo que venía desempeñando, durante tres lustros con un éxito por todos reconocido.

Fué nombrado para sustituirme el Dr. Guillermo Curbelo. De esta suerte el Dr. Curbelo fué convertido en dueño y señor del destino por sólo haberlo servido (?) durante el mes de Diciembre de 1906, contra toda razón y todo discreto discernimiento.

Merced al patrocinio del malogrado D. Manuel Egozcue, natural de Toa-Alta, cuna del esclarecido Don Pablo Morales, antorcha de este país, había yo desplegado desde el año 1894, durante tres lustros consecutivos, las más fervorosas iniciativas, los más entusiastas esfuerzos, las energías todas de la ciencia y la experiencia científica, aplicándolas al mejoramiento de la suerte de los infelices y numerosos alienados habidos en la isla. Del cuidado por ellos hice un culto; de la beneficencia pública, mi religión; de cada alienado, un hijo; de cada emplea-

do, un celoso émulo auxiliar. Nada me detuvo en mis porfiados requerimientos por el Manicomio en todas ocasiones y con todos motivos. No hubo puerta del gobierno donde yo no llamase por mayores y crecientes solicitudes benéficas.

El Manicomio era un establecimiento que honraba a Puerto Rico. Su rango estaba entre los mejores de América. Yo hice entrega de él por medio de un Acta, que copio a continuación. En ella se consigna el estado en que lo recibió mi sucesor. El Manicomio era entonces además un santuario de moral, de virtud, de honestidad. Reinaban las más austeras, las más puras costumbres. Su recinto era sagrado como un templo, y su reputación no fué jamás sometida a rumor ni sospecha de ninguna clase en absoluto. Yo pude decir entonces en un escrito público que el Manicomio era el monumento que yo había levantado a la Patria de mis hijos, un monumento de honor, de inteligencia, de ciencia, de corazón, de civilización.

ACTA

"En el día de hoy, 30 de Noviembre de 1907 a las diez y cuarto de la mañana, siguiendo instrucciones del Honorable Sr. Director de Sanidad, Beneficencia y Correcciones, me constituí en el Manicomio acompañado del señor Penedo Benítez, empleado del Departamento, para dar posesión al Sr. Guillermo Curbelo del cargo de Superintendente del Manicomio de San Juan de Puerto Rico nombrado por el Honorable Señor Director con fecha 25 del corriente, así como otros empleados nombrados recientemente.

Presente el señor Curbelo, el cual, ha prestado su debido juramento ante el Notario don Juan Guzmán Benítez y el Sr. Dr. D. Francisco R. de Goenaga, le hizo entrega de las llaves del Establecimiento, puso de manifiesto todos los libros y registros del mismo y archivo acompañándole luego a todos los departamentos mostrándole todo el material y utensilios pertenecientes al Establecimiento, según consta en el inventario que se entrega todo en perfecto orden y buen estado de limpieza.

El Dr. Goenaga hizo entrega al Dr. Curbelo de una existencia de 167 hombres y 172 mujeres, de ellos 21 hombres pudientes y 12 mujeres pudientes. Del total, están dados de alta y quedan por salir 9 varones y 12 hembras. Es de advertir que, del total de existencia de 167 hombres, debe descontarse al alienado José Felipe Rivera que se fugó el 27 de Septiembre del corriente año y se dió cuenta oportunamente al Honorable Director de Sanidad, Caridad y Prisiones y al Señor Jefe de la Policía Insular, sin que haya sido hallado todavía.

El Sr. Dr. Goenaga, Superintendente saliente, presentó a todo el personal al Dr. Curbelo, Superintendente entrante que toma posesión hoy, dando instrucciones en su presencia a algunos de los empleados nuevos que hoy se hacen cargo de sus puestos.

Preguntado el Dr. Curbelo si tiene que hacer alguna manifestación contesta; que se complace mucho en recibir el Asilo con el buen orden y limpieza que preside en todo él, declarando que lo encuentra montado a una altura satisfactoria y notable de adelanto.

Preguntado el Dr. Goenaga si quiere manifestar algo dice: que se encuentra muy complacido en ser reemplazado por el doctor Curbelo cuyo celo e inteligencia pondrá sin duda en prfecto término la obra iniciada por él, con verdadero cariño, para con los enfermos de más triste condición, como son aquellos que pertur-

bados en su cerebro pierden el destello divino de la razón que nos aproxima a Dios y nos aleja del bruto.

Con lo que se dió por terminado este acto, firmando todos los presentes conmigo."

Jaime Anexy, *Guillermo Curbelo,*

José Penedo Benítez *Dr. Goenaga.*

De tan insólita manera quedó abierto un paréntesis en mis relaciones directas para con el Manicomio Insular. Desde aquella memorable fecha se estableció la corruptela de nombrar siempre con carácter interino al Director del Manicomio, esta ilegal práctica duró hasta el mes de marzo de 1920 en que respetándose por vez primera, la ley del Servicio Civil, fué sometida la plaza a *oposición,* y en ella obtuve el primer puesto con un promedio de 97.50 y mi contrincante Dr. G. Muñoz Díaz, obtuvo un promedio de 72, o sea dos puntos más de los exigidos legalmente para poder ser candidato a la plaza. Sin embargo no se me dió posesión del destino hasta el día 9 de Marzo de 1922.

Dejo expuesta esta lacónica relación histórica, porque ella es necesaria para relacionar el pasado con el presente y preveer para el porvenir.

(*Continuará*)



BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO CADA DOS MESES BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA.

Año XXII.	MARZO Y ABRIL DE 1929.	Núm. 170

EDITORIAL

Por fin la Asociación Médica de Puerto Rico ha conseguido el solar para el futuro hogar médico de la Isla. Al anunciarles tan grata noticia, cúmplenos formular la promesa de que no rehuiremos obstáculos ni sacrificios, por serios que aparezcan, para que la próxima Asamblea de nuestra entidad, en diciembre venidero, sea celebrada en nuestra propia casa.

Tiene el solar que el Gobierno nos cede un área de 1,230 metros cuadrados; capacidad suficiente para un amplio edificio, cuyo frente tenga cabida para el fácil tránsito de los vehículos. Sabemos todos como, durante varios años, hemos venido acariciando la idea de poseer un local adecuado, amplio, propio de nuestra clase profesional. El primr paso está ya dado, podremos contar con un sitio en Santurce, con frente a la Avenida Fernández Juncos, entre las paradas 19 y 20, en parte residencial, silenciosa y fresca. Es preciso, que unidos todos, cooperemos entusiastas y enérgicos, aportando nuestro dinero, para levantar una estructura, modesta y sencilla, pero que nos satisfaga, siendo honor y orgullo de esta entidad.

El Comité pro-edificio médico extendió una cordial invitación a buen número de compañeros de San Juan y de la Isla, quienes respondieron contribuyendo con sumas considerables, de cien y doscientos dólares, en efectivo, y mediante pagarés, prometiendo algunos DUPLICAR sus contribuciones, en caso necesario. Como medida conveniente, nos permitimos sugerir a los campañeros que aún no han respondido a la llamada, que envíen sus cheques cuanto antes les fuere posible, sin aguardar ulterior indicación. Estamos seguros que ni uno solo dejará de considerar que su substancial cooperación es un deber sagrado e ineludible. Demás está decir que el dinero deberá enviarse sin inncesarias dilaciones, para dar comienzo a la obra.

Nos place mucho consignar que se nos ha asegurado la ayuda y cooperación de todos los miembros asociados. Sería muy deseable que la donación de cada médico no fuera en suma menos de cien dólares.

Al cerrar estas líneas, nos satisface sobremanera expresar nuestro reconocimiento y gratitud hacia todos los compañeros que integran el Comité pro-edificio médico, quienes tan activa y eficientemente durante años prestaron su enérgica ayuda, decidida y desinteresadamente, para que esta simpática obra se realice.

NOTA:—Se piensa citar a una junta de los accionistas para someterles a su consideración los planos del edificio, y se sugiere que éste conste de dos plantas, una de las cuales podría destinarse a oficinas para alquiler.

LISTA DE MEDICOS QUE HAN CONTRIBUIDO A TITULO DE PRESTAMO PARA LA CONSTRUCCION DEL EDIFICIO MEDICO.

1—Dr. Ramón M. Suárez	$100
2—Dr. M. Pujadas Díaz	100
3—Dr. Mario Juliá	200
4—Dr. I. González Martínez	100
5—Dr. M. Díaz García	200
6—Dr. Manuel Pavía Fernández	100
7—Dr. E. García Cabrera	100
8—Dr. Ramón J. Sifre	100
9—Dr. Jorge del Toro	100
10—Dr. Costa Mandry	100
11—Dr. José Belaval	100
12—Dr. F. J. Capó	100
13—Dr. R. Bernabé	100
14—Dr. L. A. Saliva	100
15—Dr. Federico Trilla	100
16—Dr. Fructuoso Sánchez	100
17—Dr. F. H. Carrasquillo	100
18—Dr. Arturo L. Carrión	100
19—Dr. P. Morales Otero	100
20—Dr. Agustín R. Laugier	100
21—Dr. Jesús M. Armaiz	100
22—Dr. R. Colón	100
23—Dr. R. Rivera Aulet	100
24—Dr. Néstor de Cardona	100
25—Dr. Arturo Cadilla	100
26—Dr. Manuel Astor	100
27—Dr. A. Otero López	100
28—Dr. F. M. Susoni	100
29—Dr. A. Fernós Isern	100
30—Dr. J. H. Font	100
31—Dr. Antonio Villeneuve	100
32—Dr. Genaro Barreras	100
33—Dr. José González	100
34—Dr. M. Soto Rivera	100
35—Dr. Sabás Honoré	100
36—Dr. Luis F. González	100
37—Dr. Manuel G. Carreras	100
38—Dr. Juan Veve	100
39—Dr. Santiago Veve	200
40—Dr. Héctor Bladwell	100
41—Dr. José Ramos	100
42—Dr. Sergio Peña	100
43—Dr. César Domínguez	100
44—Dr. Agustín Mujica	100
45—Dr. Juan N. Nogueras	100
46—Dr. Pedro Perea Fajardo	100
47—Dr. José Igartúa	100
48—Dr. Emilio Vadi	100
49—Dr. J. F. González	100
50—Dr. Francisco Seín	100
51—Dr. M. Rodríguez Cancio	100
52—Dr. García de Quevedo	100
53—Dr. Carlos González	100
54—Dr. Antonio Muñíz	100
55—Dr. Luis N. Lassisse	100
56—Dr. N. Quiñones Jiménez	100



UN CASO DE QUISTES DEL PANCREAS ASOCIADO A UNA COLECISTITIS CALCULOSA

DOCTORES FRANCISCO SEIN Y SEIN Y J. F. GONZALEZ.
HOSPITAL MUNICIPAL
LARES, P. R.

CASO No. 68.—Margarita Torres, soltera, de 20 años, blanca. Ingresó en el hospital municipal de Lares, el 16 de mayo de 1928, con un diágnóstico de colecistitis e hidropesía de la vesícula Biliar, al cual habíamos llegado, el Dr. Seín y el que suscribe después de numerosos exámenes en nuestra clínica particular y en la residencia de la enferma, algunos días antes.

De su historial clínico podemos anotar los siguientes datos que consideramos de interés:

Dos meses antes de su ingreso en el hospital fuímos llamados, por la madre, para que viéramos la muchacha quien, según decía ella, estaba sufriendo hacía varios días, de un fuerte "dolor de barriga", pero que ese día había tenido un cólico muy fuerte, con muchos vómitos; tenía el estómago hinchado, no podía comer y gritaba desesperada.

Nos trasladamos a la residencia de la enferma, en uno de los barrios pobres de la localidad, y, efectivamente, notamos que la muchacha, una moza robusta y bien saludable, al parecer, era víctima de un dolor desesperado que le embargaba todo el vientre. Estaba toda bañada en sudor; se revolcaba en la cama con una expresión de viva ansiedad; decía sentir un intenso dolor en el estómago que se le regaba a todo el vientre y le corría hacia el lado izquierdo, a la espalda y los hombros. Tenía un poco de fiebre; su pulso era rápido y respiraba con bastante dificultad. Notamos que el vientre estaba tenso, algo distenido, duro, y ofrecia bastante resistencia muscular. Se hizo imposible la palpación profunda pues cada intento era seguido de una aguda crisis de dolor que se hacía acompañar de vómitos muy molestosos. La sensibilidad estaba mas aumentada en el cuadrante superior derecho del abdomen donde podía notarse, el exámen un plastrón bastante grande hacia donde refería el dolor con mayor intensidad. Se le habían puesto enemas bastante efectivas y orinaba continuamente. Diagnosticamos, a la ligera, cólicos por cálculos biliares, y, dada la desesperación de la pobre muchacha, administramos una dosis de morfina por la vía hipodérmica; aconsejamos otros remedios de urgencia y sugerimos trasladarla al hospital.

Nada más supimos de nuestra enferma hasta como dos meses después, un día en que el Dr. Seín la hizo trasladar a nuestra clínica particular con el propósito de tomar algunas radiografías y esclarecer las radiografías del vientre, ni las colecistografías dieron mayor luz en el caso y hubimos de conformarnos con el cúmulo de datos clínicos que de por sí eran más que notables.

La enfermedad ya había causado grandes huellas en la muchacha; había perdido más de treinta libras, se notaba una icterisia profunda de tipo verde obscuro; sentía fiebres continuas y vomitaba frecuentemente. El dolor, en toda la parte alta del abdomen, con crisis muy dolorosas en el lado izquierdo, se hacía más intolerable a todo intento de examen. Mostraba un tumor, fácilmente visible, que

se extendía desde el apéndice Xifoide hasta mas abajo del ombligo y de uno a otro reborde costal; era duro, mate a la percusión, no fluctuaba, y se notaba fijo. Las deposiciones eran diarréicas, blanquecinas; la orina abundante y activa en la reacción de Fehling. La leucocitosis oscilaba entre 13,000 y 21,000.

El diagnóstico en esta ocasión fué: Hidropesía de la Vesícula biliar por colelitiasis. Dado el pobre estado general, la intensa icterisia, y la negativa a todo intento de intervención, la enferma fué llevada otra vez a su casa, hasta el 18 de mayo, fecha en que ingresó en el Hospital Municipal, un tanto mejorada y menos ictérica, pero con su tumor aún más grande, más dolor, vómitos continuos y alguna temperatura.

Al pesar del grave riesgo que ello implicaba, aconsejamos una intervención rápida, pero otra vez nos encontramos con una negativa rotunda. Se continuó así varios días más, hasta que pudimos conseguir el consentimiento y la operamos el 30 de mayo de 1928.

Bajo anestesia general, por el éter, se hizo una amplia incisión supra-omblical, derecha, como de tres a cuatro pulgadas. Al incidir la facia posterior se notó que el peritóneo estaba fuertemente adherido a una densa membrana de tejido conectivo, en estado de degeneración. Despues de separar al epiplón, que también estaba adherido a la membrana, pudimos observar un quiste, bastante grande, que salía a la superficie por entre el estómago y el hígado, desplazando el estómago hacia abajo y a la izquierda mientras empujaba el hígado para arriba y hacia la derecha. Incindido el tumor, extrajimos cerca de dos litros de un líquido verde, muy obscuro, y una buena cantidad de un sedimento muy fino, del mismo color. Se hizo un ligero exámen del saco, el cual creimos que fuera un gran quiste de la Vesícula biliar. No encontramos cálculo alguno dentro de aquella cavidad, y, luego de colocar un tubo de drenage, cerramos la herida siguiendo la técnica acostumbrada.

Al intentar el examen del líquido, notamos, para nuestra sorpresa, que estaba totalmente congelado, formando una masa gelatinosa, compacta, que se desprendía con facilidad del basín sin dejar rastro alguno. Era insoluble al agua y al alcohol y ligeramente soluble al éter, pero volvíase a congelar tan pronto se evaporaba el éter. Por este motivo no nos fué posible hacer análisis alguno. Una muestra que enviamos al laboratorio de la Escuela de Medicina Tropical tuvo el mismo resultado y el informe fué que no pudo hacerse el análisis.

El curso post-operatorio fué bastante normal. El drenage se hizo muy defectuoso debido a que el tubo se obstruía con facilidad por la coagulación del líquido el cual extraíamos todos los días al cambiar los vendajes. El exudado era transparente, de color verde amarillo, muy bonito, y se congelaba tan pronto salía a la superficie. Las primeras 24 horas se le extrajeron dos riñones de 500 c c. cada una. Luego fué disminuyendo. Repetidos intentos para analizar este exudado también fueron infructuosos, pero notamos que era algo irritante a la piel.

La herida cicatrizó con dificultad. El tubo se le quitó a los 23 días. Se formó un abceso subcutáneo debido a la descomposición de la grasa.

Dos semanas después, cuando ya la enferma andaba por la sala y nos disponíamos a enviarla a su casa, comenzó a sentir de nuevo fuertes crisis de dolor en el lado izquierdo. Reaparecieron los vómitos y una marcada sensación de llenura.

Perdió el apetito y volvió a postrarse. La icterisia se intensificó de nuevo; tuvo diarreas, color barro blanquecino, y la orina, muy profusa, contenía marcadas trazas de albúmina y reducía fácilmente la solución de Fehling. Hubo un aumento en la anemia y la sangre mostraba una leucocitosis bastante normal mientras los glóbulos rojos estaban muy disminuídos.

El dolor se repitió. Llegó a hacerse perenne en el lado izquierdo y epigástrico. Pronto comenzamos a notar la formación de un nuevo tumor que se extendía desde el ombligo hacia arriba y hacia el cuadrante izquierdo. Como el otro, era t nso y duro, mate en su parte baja y hacia el hígado; no así hacia el cuadrante superior izquierdo, donde la nota era decididamente timpánica. No notamos fluctuación. El área de matidez no era afectada por los cambios de posición de la paciente. La parte baja del vientre estaba relativamente libre de otros síntomas que los de una hipersensibilidad al tacto.

Dudamos de que la hidropesía de la vesícula biliar pudiera, caso de repetirse, haberse extendido tanto y distrajimos nuestra mente en la posibilidad que se tratara de un quiste del páncreas, en lo cual nos ayudaba la marcada glicosuria y la reacción de la orina en presencia del licor de Fehling.

Una nueva intervención, con todos sus riesgos, y contraindicaciones, era inminente. Se pensó en la aspiración, idea que descartamos luego de considerarla detenidamente, ya que tan solo para condenarlá, la mencionan la mayoría de los autores. Refiriéndose al procedimiento, Moyniham, (X) (Abdominal Operations, 1926, II, LI, 508.) dice: "No es científico, no es satisfactorio y huele a medioval. Debido al riesgo y los trastornos de este viejo procedimiento no debe dársele énfasis en esta época."

No nos atrevíamos arriesgarnos a otra nueva aventura, temerosos de los resultados, hasta una mañana en que la misma paciente pidió que "por caridad" la operásemos otra vez. Y "por caridad" en la tarde de aquel mismo día, 18 de julio, la llevamos a la sala de operaciones. Bajo anestesia local, por la novacaina-solución al medio por ciento, hubimos de abrir otra vez el vientre, con tan mala suerte, que al incindir el peritoneo penetramos de lleno en la cavidad del quiste, el cual se vació por sí solo, derramando una gran cantidad de líquido verde obscuro que, como el anterior, se congelaba con gran facilidad.

Examinamos la cavidad y pudimos notar que esta vez su trayectoria hacia adelante había sido directamente por debajo del estómago, el cual se encontraba desplazado hacia arriba y a la izquierda. De ahí la nota timpánica que obteníamos al examinar el tumor. Seguimos las paredes del quiste y pudimos observar que estaban íntimamente relacionadas con el páncreas, aunque no fué posible encontrar conección alguna con este órgano, el cual se apreciaba bastante aumentado en tamaño. Había numerosas adherencias que se fijaban al estómago, el duodeno, el hígado, los pasajes biliares, etc.

Con gran cuidado desbridamos lo que se pudo y observamos un hígado pequeño, situados dos dedos más arriba del reborde costal. La vesícula biliar, completamente contraída, estaba llena de cálculos que se extendían hasta el conducto quístico. Pudimos observar que también había algunos cálculos en todo el conducto colédoco, el examen del cual se hizo con suma dificultad debido a que era doloroso a la paciente que no cesaba de quejarse. Debido a esta contrariedad y siéndo-

nos imposible continuar la operación bajo anestesia general por las consecuencias inevitables, resolvimos cerrar, no sin antes haber fijado los bordes del quiste a la pared abdominal por el procedimiento de marsupialisación. Se dejó puesto un tubo.

Se condujo a su cama en bastante buen estado. Se le administraron 500 c. c. de suero fisiológico, intravenosamente, y otros 500 c. c. por la vía hipodérmica. Dos horas después la muchacha entró en un estado de Shock y falleció, como a las nueve de la noche. No nos fué permitido hacer un examen post-morten y el caso pasó al olvido con los detalles que acabamos de relatar. Nuestro diagnóstico final fué: Quiste del páncreas, Colecistitis Calculosa Pancreatitis crónica.

Con el fin de robustecer los hechos arriba anotados, y a pesar del temor que abrigamos de que podamos llegar a cansaros, nos vamos a tomar la libertad de traer a colación algunos datos acerca de la etiología y de los factores patológicos que tienden a producir los llamados seudoquistes pancreáticos.

Sir Bekerly Moyniham, (XX) (Abdominal Operations 1926, III, LI, 480), al describir el término "Quistes del Páncreas", dice: "The term Pancreatic Cyst, has been used to describe any fluid tumor in, or associated with, the pancreas, though such tumors differ widely in causation, position and clinical features." En su clasificación incluye al seudoquiste entre las distintas formas de quistes que suelen encontrarse en la patología del páncreas; haciendo constar, desde luego, que considerado estrictamente bajo el punto de vista patológico esta forma no cabe de hecho en la referida clasificación.

Korte, (xxx) de Alemania,—Duet. Med.—Woch, 1922, XXXVII, 536) propone que se denominen "seudoquistes" aquellos tumores líquidos que se encuentran más o menos en inmediata proximidad al páncreas pero que no sean originados en la sustancia glandular propia."

Numerosos autores son acordes en que se hace difícil una diferenciación lógica entre los legítimos quistes pancreáticos y los seudoquistes relacionados con este órgano. Moyniham insiste en la teoría de que, en la vida, es muy difícil distinguir estos procesos morbosos, ya que en un quiste originalmente peripancreático cuyo factor causante pudiera haber sido trauma, y en el cual hubiese participado el páncreas a su vez, fácilmente pueden escaparse pequeñas cantidades de jugos pancreáticos y penetrar en el seudoquiste haciendo así difícil un diagnóstico diferencial. Insiste, además el autor, en creer que los llamados "quistes pancreáticos", en muchos casos, y especialmente los de origen traumáticos, son en realidad peripancreáticos o seudoquistes, efusiones dentro de la pequeña caverna del peritoneo, extravasión localizada de la sangre, etc.

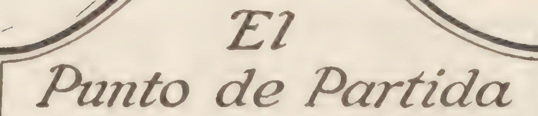
Haubold, (xxxx) (The Principles and Practice of Surgery, 1921, XV, 2152,) hace notar la importancia que tienen en sí, para el diagnóstico, los quistes del páncreas. "Los quistes pancreáticos verdaderos", dice, "obedecen al bloqueo, parcial o intermitente, de los conductos pancreáticos, o a una proliferación expontánea, y deben distinguirse del seudoquiste, el cual depende, para su existencia, de alguna lesión traumática, o a proceso de degeneración dentro de la glándula propia. Las paredes del quiste, en el primer caso, presentan una cubierta epitelial, la cual falta en los seudoquistes, cu-

PRODUCTOS DIETETICOS
EXCLUSIVAMENTE PARA NIÑOS

LA NORMA DE MEAD JOHNSON

Los Productos Dietéticos de Mead para niños se anuncian solamente a los médicos. Los paquetes no llevan instrucciones de ninguna clase. Los informes acerca de la manera de usarlos los suministra el médico directamente a la madre, aumentando el régimen alimenticio de cuando en cuando para llenar las necesidades del niño en desarrollo.





El Punto de Partida

Hace casi una década se profetizó que, de la práctica y teoría de la alimentación infantil, surgiría gradualmente un régimen simplificado, práctico y racional para las criaturas privadas de leche de pecho.

Creíase que ese desenvolvimiento seguiría en orden natural a los estudios del metabolismo infantil, el sistema porcentario de alimentación y el método calórico, avances todos estos necesarios para poder elaborar ese régimen.

El Recolac es leche de vaca reconstruida de manera que se aproximara, tanto física como químicamente, a la leche de pecho, mucho más que lo que se consigue diluyéndola o agregándole azúcar u otros ingredientes.

El punto de partida entre las modificaciones ordinarias de leche de vaca y la leche reconstruida Recolac consiste, por lo tanto, en el modo de preparar la fórmula: Con la reconstrucción no tan sólo se obtienen todos los beneficios que ofrece la modificación, sino que es posible cambiar los elementos principales de la leche (grasas, proteínas, hidratos de carbono y sales) de manera que posean las mismas características que los de la leche de pecho.



Enviaremos a los médicos que lo soliciten muestras de Recolac y literatura.

De venta en todas las buenas farmacias.

MEAD JOHNSON & COMPANY

EVANSVILLE, INDIANA, E. U. A.



UN NUEVO TÓNICO
RECONSTITUYENTE
12 ONZAS 360 CC.
METATONE
P., D. & CIA.
EL METATONE es único, porque no hay otro tónico que contenga en solución un extracto activo de la vitamina "B." En combinación con esta vitamina están el ácido nucleico y los glicerofosfatos de sodio, potasio, calcio, manganeso, y estricnina. Estos son los principales ingredientes, y están combinados en un vehículo color de vino rojo, claro, y de sabor delicioso.
Se prescribe en casos de anemia, hiponutrición, en la convalecencia después de operaciones y enfermedades debilitantes, y en general en todos los estados de agotamiento. La dosis es una a cuatro cucharaditas después de las comidas; como tónico estomacal es mejor darlo antes de éstas.
Se prescribe en frascos de 12 onzas (360 cc.).
PARKE, DAVIS & COMPAÑIA
Detroit & New York, E. U. A.

yas paredes están formadas por densas capas de tejidos conectivos."

Opie, (1), opinan que sólo merecen llamarse "seudoquistes" aquellos cuyas paredes no presentan cubierta epitelial alguna, pero que forma un saco fibroso, definido; están más o menos en franca proximidad al páncreas y en sus contenidos muestran alguna evidencia de las secreciones pancreáticas. Contrarios a esta afirmación, Willis y Bud, (2), creen que solamente deben llamarse "seudoquistes" aquellos cuya formación ha obedecido a alguna lesión traumática del páncreas.

Ballin y Saltzein, (3), hacen mención de un caso en el cual, y en una segunda operación, encontraron un seudoquiste del páncreas en un paciente colecistectomizado dos meses y medio antes. En su historia hacen notar que existía una pancreatitis con anterioridad a la colecistectomia. En su primera intervención extirparon una vesícula gangrenosa y cálculos que se extendían hasta abajo del conducto quístico. Hubo varias crisis de dolor hacia el lado izquierdo del abdómen, las cuales son una de las características de las pancreatitis. Estas se sucedieron con anterioridad a la primera operación. Dos o tres semanas después de la colecistectomia volvieron a manifestarse nuevamente los dolores pancreáticos, esta vez con más marcada violencia. Cuatro semanas después de la operación se notaron señales que indicaban la formación de un quiste y las crisis agudas de dolor en el lado izquierdo del abdómen desaparecieron.

El desarrollo de seudoquistes pancreáticos subsiguientes a intervenciones quirúrgicas o a lesiones patológicas de la vesícula biliar se considera de la relativa rareza. Wharter, (4), sostiene, reafirmándose en las sugestiones de Ballin y Saltzein, que dada la presencia de una pancreatitis, la formación del seudoquiste se relaciona de algún modo a la cirugía de los pasajes biliares y que, si el esfinter deriva la corriente de la bilis hacia el páncreas, esa derrama se continuará después de la colecistectomia hasta que el esfinter se haya dilatado. De ser cierta esta afirmación, tendremos pues, que la presión de la bilis que dilata el esfinter deberá ser, por necesidad, mayor que lo normal. Como consecuencia se puede presumir como una colecistectomia puede agravar una pancreatitis antes de que la resistencia del esfinter haya sido vencida.

Speese (4), (John Speese, Nelson Loose-Leaf Living Surgery, 1928., V., VIII, 432). relata otro caso que confirma estas manifestaciones. "El paciente, un hombre de 37 años, fué ingresado en el Hospital Presbiteriano de Philadelphia, con síntomas de una colecistitis, aguda. Se removió una vesícula biliar, muy inflamada, que contenía cálculos. El informe indica que después de un detenido examen no se anotó ninguna otra lesión patológica. La convalescencia fué normal, a excepción de una infección superficial, que retardó la cicatrización de la herida debido a un marcado exceso de grasa en la pared abdominal. Diez o quince días después de esta operación el paciente notó algún aumento en el tamaño de su vientre y sentía una sensación de llenura en la parte alta del abdómen, aunque sin mayor molestar. Su apetito era bueno, y no sentía trastornos gastro-intestinales serios. Paulatinamente el tumor aumentó en tamaño hasta extenderse desde el apéndice xifoide hasta el ombligo; era tenso mate a la percusión y no fluctuaba. El paciente salió del hospital, pero como el mal persistiera, fué readmitido y operado, exactamente dos meses después de la primera operación, habiéndose vaciado, por una incisión a través del omentum

gastro-cólico, un quiste retro-peritoniano, que contenía cinco cuartillos de un líquido verde obscuro y algunos coágulos. El saco fué ligado a la pared abdominal. No pudo notarse conección alguna entre el quiste y el páncreas a pesar de su franca proximidad, y de que el líquido contenía los tres fermentos pancreáticos . Por varios días tuvo un drenage profuso; el líquido así derramado no contenía fermento alguno, más era sumamente irritante a la piel. El azúcar de la sangre y la orina fué siempre normal. El paciente abandonó el hospital 33 días después, perfectamente cicatrizado.

Es de notarse, pues, como en el caso que se acaba de referir, el recrecimiento del quiste se hizo aparente pocos días después de la operación y, sin embargo, presentaba escasas manifestaciones clínicas. Los fermentos pancreáticos encontrados en el líquido comprueban su relación con el páncreas. Este caso tiende a demostrar que no siempre el factor traumático es de importancia vital en la formación del seudoquiste, y que no es necesario que estén presente los síntomas de una inflamación pancreática.

Si consideramos ligeramente la relación anatómica del páncreas en su inmediata proximidad a los pasajes biliares, y si observamos la intimidad que existe entre los conductos quísticos y colédoco y el canal de Wirsung, en su desembocadura en la segunda porción del duodeno, fácil nos será ver de cómo las lesiones patológicas que afectan el aparato biliar, en ocasiones, pueda extenderse hasta el páncreas y dar lugar a inflamaciones de este órgano, bien en su forma aguda o ya crónicas, las más comunes.

De todos es conocida, y prolijo será en sus relaciones, la posición anatómica del páncreas y sus relaciones con los otros órganos. Bastenos decir aquí que atraviesa nuestro organismo de derecha a izquierda y se encuentra detrás del peritoneo al nivel de la primera o segunda vértebra lumbrar. Su parte mayor, o cabeza, descansa en una cavidad formada por el arco del duodeno. El cuerpo unido a la cabeza por una estrecha faja, está situado detrás del peritoneo de la cavidad menor (lesser cavity) la cual la separa, anteriormente, del estómago. De su borde inferior se desprende el mesolos transverso. El canal de Wirsung es el conducto principal, se dirije de izquierda a derecha, y termina en una abertura en la porción segunda del duodeno, en inmediata relación con el conducto colédoco.

Si copiamos a Moyniham, (5) (Keen's Surgery, 1919, II., LI,1035.) "de acuerdo con Letulle y Nathan Larrien el canal de Wirsung puede abrir dentro del conducto colécoco a una distancia variable del intestino. Ambos conductos, colédoco y pancreático, dentro de una ampulla de vater definida, con una sola salida hasta el duodeno sobre el promontorio de la papilla. Finalmente el canal de Wirsung puede abrir directamente dentro del intestino a lo largo del conducto biliar, dentro, o, en la extremidad de la papilla.

En nuestro caso, descrito al comenzar la lectura de este trabajo, opinamos que han entrado en juego algunos de los factores que forman esta exposición. Los hechos son que hubo una colelitiasis a la cual siguió una pancreatitis y como finalidad, la formación del quiste, o seudoquiste, para decir mejor.

La lesión, original, a nuestro entender, fué una colecistitis calculosa. La pancreatitis, la lesión secundaria. La implantación de cálculos en el colédoco o el quístico, dieron lugar al proceso infeccioso que más luego se propagó hasta la

glándula pancreática, bien por vía directa, o extendiéndose por mediación, de las paredes del conducto a la sustancia glandular que le rodea; o indirectamente, por extensión hacia abajo hasta la divertícula de Vater y de ahí ascendiendo por el canal de Wirsung hasta el páncreas. La formación del seudoquiste bien se explica si consideramos la cronicidad de la colelitiasis, la obstrucción de los conductos y su inflamación e infección subsisiguientes; la pancreatitis, la efusión de jugos y exaudados dentro de la pequeña caverna intraperitoneana; la excitación del peritoneo, y peritonitis, como resultado. Como consecuencia se formaron adherencias que cerraron la forámina de Winslow y quedó así sellada la cavidad. El seudoquiste así formado pronto se caracterizó por un marcado desarrollo en su tamaño.

Es de lamentarse que la operación no se hubiera podido realizar algunas semanas antes, cuando las energías de la enferma ofrecían mayores probabilidades de éxito. No hay duda de que la colecistectomia acompañada de la extracción de los cálculos hubiera aminorado la posibilidad de la pancreatitis. De suceder así, con la consiguiente formación del quiste, a la marsupialización o extracción, habría conseguido el restablecimiento, con toda seguridad.

Lares, P. R., a 16 de febrero de 1929.

(*) Leído en la Asamblea Médica de Aguadilla. Marzo 3, 1929.

BIBLIOGRAFIA

(x).—Moyniham: Abdominal Operations, 1926; II; LI; 508.)

(xx)—Moyniham: Abdominal Operations, 1926; II; LI; 480).

(xxx)—Korte-Duet. Med. Woch; 1922; XXXVII; 536).

(xxxx)—Haubold; The Principles and Practice of Surgery; 1921; XV 2152.

(1) John Speese-Nelson Loose Leaf Lioing Surgery; Thomas Nelson and Sons; 1928; V; VIII; 432.)

(2) Ditto.

(3) Ditto; V; VIII; 434.

(4) Ditto; B; VIII;432.

(5) Keen's Surgery, 1919; III; LI; 1035.

EL MEJOR MEDIO PARA DESTRUIRCUALQUIERA ASOCIACION

1. No asista a las juntas.
2. Si asiste, llegue tarde.
3. Si la temperatura no le agrada, no piense siquiera en concurrir.
4. Si está presente en las Juntas, procure encontrar faltas en la gestión de los directores y de los demás miembros.
5. Nunca acepte un cargo, porque es más fácil criticar que obrar.
6. Sin embargo muéstrese resentido, si no se le hace tomar parte en algún comité; pero si le designan, no asista a las reuniones de tal comité.
7. Si el Presidente le pide su opinión acerca de algún asunto, dígale que nada tiene que exponer. Después de la reunión, manifieste a todos cómo deben tratarse las cosas.
8. No haga sino lo extrictamente indispensable; pero cuando otros miembros se enrollen las mangas de la camisa, y sin pretensiones y buena voluntad pongan su habilidad para llevar a buen término los asuntos, proclame que la Sociedad está dirigida por paleros.
9. Retrásese en los pagos de sus cuotas, o no las pague definitivamente.
10. No se preocupe por conseguir nuevos miembros; deje que lo haga Jorge.

(Reproducido)

UN NUEVO PRODUCTO
NESTLE
Para los Recién Nacidos

"LACTOGENO" es un alimento muy aproximado a la leche materna. **"Lactogeno"** es sencillamente la mejor leche de vaca modificada, homogeneizada y desecada mediante un proceso que no destruye las vitaminas de la leche, que diluida adecuadamente con agua hervida, ofrece un análisis casi idéntico a la leche materna.

	Leche humana	*"LACTOGENO"*
Grasa	3.5	3.12
Hidro-Carbonatos	6.5	6.66
Proteínas	1.5	2.02
Sales Minerales	.2	.44
AGUA	88.3	87.76

Leche humana **"Lactogeno"**

(1 parte de "LACTOGENO" diluída en 7 partes de agua).

NESTLE PRODUCTS

2 Lafayette Street, New York, E.U.A.

para recién nacidos



Sírvanse enviarme gratis una muestra de 'Lactogeno' y folletos relativos

Dr. ....

Calle ....

Ciudad............... *País*.............

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA TIFOIDEA EN PUERTO RICO ANTES Y DESPUES DEL HURACAN DE SAN FELIPE

E. Garrido Morales, M. D., Dr. P. H.
Epidemiólogo, Departamento Insular de Sanidad, San Juan, Puerto Rico.

De acuerdo con las instrucciones recibidas del Comisionado de Sanidad el epidemiólogo, con la cooperación del jefe del Negociado de Enfermedades Trasmisibles, formuló un plan para evitar el posible desarrollo de brotes epidémicos de aquellas enfermedades, especialmente fiebre tifoidea, que prevalecían en forma edémica en algunos sitios de Puerto Rico antes del ciclón. Este informe trata exclusivamente la situación respecto a la fiebre tifoidea antes y después del reciente temporal.

A fines del mes de julio del año pasado, el Negociado de Enfermedades Transmisibles del Departamento Insular de Sanidad dió principio a una campaña para combatir la fiebre tifoidea y tratar de eliminarla de aquellos distritos donde el análisis de los records de años anteriores demostraba de modo concluyente que la incidencia de esta enfermedad era excesivamente alta. La fiebre tifoidea ha prevalecido en forma excesivamente alta. La fiebre tifoidea ha prevalecido en forma excesiva en algunos de estos distritos en estos últimos años y su mortalidad total en la isla ha sido comparativamente alta.

A juzgar por los caracteres generales del problema y por diversos factores concurrentes observados, resulta evidente, que el exceso anual en la incidencia de la fiebre tifoidea en la isla en los años recientes, se debe en gran parte, a la disposición inadecuada de las excretas de pacientes y portadores, así como a la pobreza y la falta de medidas sanitarias en la casa de los enfermos a causa de la ignorancia . Esto sucede entre los distritos rurales de la isla, especialmente, donde la enfermedad más ha prevalecido. Además, la evidencia obtenida en estudios recientes, demuestra claramente que los brotes epidémicos informados de los distritos urbanos son, sin duda alguna, el resultado de la contamimnación de abastecimientos públicos de agua por casos y portadores que residen en la ribera de los ríos.

El autor no tiene conocimiento de epidemia alguna ocurrida en la isla donde la infección haya sido trasmitida por la leche, y existe una fuerte evidencia contra esta probabilidad. El consumo "per capita" es muy exiguo en los pueblos y ciudades y casi insignificante en los campos, a causa del alto costo de este producto y a la pobreza extrema de una gran parte de los habitantes de esta isla. Además, en los trópicos se acostumbra a hervir la leche tan pronto se recibe y Puerto Rico no constituye excepción a esta regla.

Los records de mortalidad por enfermedades separadas en Puerto Rico datan solamente del año 1908 en adelante.

En el Cuadro No. 1 se demuestra por períodos de cinco años la mortalidad por fiebre tifoidea durante los últimos veinte y el Cuadro No. II demuestra el por cien-

to de mortalidad año por año, durante los últimos diez años.

CUADRO NO. I

Mortalidad por fiebre tifoidea por grupos de cinco años desde 1908 *a* 1928.

Años	Población Estimada(*)	Defunciones Informadas(†)	Tanto por 100,000
1908-12	1133674	232	20.46
1913-18	12119.84	139	11.47
1919-23	1315748	145	11.02
1924-28	1417646	297	20.95

(*) Población según censo de 1920.
(†) Promedio de defunciones por grupos de cinco años.

CUADRO NO. II

Mortalidad por fiebre tifoidea durante los años 1918-28.

Años	Población Estimada	Defunciones Informadas	Tanto por 100,000
1918-19	1258990	102	8.10
1919-20	1299809	107	8.23
1920-21	1315370	154	11.70
1921-22	1333846	240	17.99
1922-23	1351822	123	9.10
1923-24	1381238	295	21.36
1924-25	1398796	224	16.01
1925-26	1417646	317	22.36
1920-27	1436251	290	20.19
1927-28	1454047	360	24.76

Del análisis de los cuadros anteriores se desprende que la fiebre tifoidea ha aumentado considerablemente en los años recientes, siendo el promedio de los últimos cinco años casi el doble de los dos períodos anteriores.

Como puede verse en el Cuadro No. II, la mortalidad durante el año 1918-19 fué de 8.10 por 100,000 mientras que durante el año 1927-28 aumentó a 24.86 por 100.000. Probablemente, el diagnóstico más exacto de la enfermedad, facilitado en parte por las mayores facilidades que existen para examen bacteriológico de muestras, ha contribuído a dicho aumento; pero a pesar de ésto, la enfermedad aparentemente ha aumentado de modo considerable durante los últimos años en los distritos rurales de la isla.

El Cuadro No. III demuestra, por meses, la distribución geográfica de las defunciones informadas durante el año pasado.

CUADRO NO. III

Distribución geográfica por meses de las defunciones ocurridas durante el año fiscal 1927-28

Mes	Zona Rural	Zona Urb.	Sin especificar	Total	Tanto por ciento
Julio	16	9	7	32	8.89
Agosto	15	9	10	34	9.44
Sept.	16	3	7	26	7.22
Oct.	16	10	4	30	8.33
Nov.	15	—	12	27	7.50
Dic.	20	2	1	23	6.39
Enero	9	7	19	35	9.73
Feb.	21	2	10	33	9.17
Marzo	15	8	4	27	7.50
Abril	16	4	5	25	6.94
Mayo	30	6	7	43	11.94
Junio	22	1	2	25	6.94
Total	211	61	88	360	
Tanto por ciento	58.61	16.94	24.44		99.99

De las 360 defunciones por fiebre tifoidea informadas al Departamento Insular de Sanidad durante el año fiscal pasado, 61 o 16.94% pertenecían a la zona urbana, 211 o 58.61 a la zona rural y en 88 o 24.44% no se determinaba a qué zona pertenecían. De las 61 defunciones informadas de la zona urbana, 21 ocurrieron en Fajardo y Aguadilla durante los dos brotes epidémicos de origen hídrico ocurridos en estas dos poblaciones.

De acuerdo con estas cifras, los distritos urbanos con una población conjunta

de 396.893 habitantes produjeron 61 defunciones, o una mortalidad de 15.37 por 100,000 mientras que los distritos rurales, con una población de 1,057,154 tuvieron 211 muertes, o una mortalidad de 19.96 por 100,000. Al hacer estos cálculos hemos incluído en el grupo urbano 21 defunciones informadas durante dos epidemias ocurridas en los pueblos de Fajardo y Aguadilla respectivamente, y que se atribuyeron a la contaminación de los acueductos de estas poblaciones. Durante el año pasado no se informó epidemia alguna entre los habitantes de la zona rural de la isla. Si eliminamos del grupo urbano estos 21 casos que terminaron con la muerte, la mortalidad por fiebre tifoidea endémica entre el grupo urbano descendería hasta 10.08 o poco más de la mitad del grupo rural.

Del análisis de estos datos se desprende que cualesquiera que fueren los factores responsables de la incidencia alta por fiebre tifoidea en la isla, estos factores afectaban mayormente la población rural donde la enfermedad prevalecía con mayor intensidad. Las condiciones anti higiénicas de las viviendas, la pobreza y especialmente la disposición inadecuada de las excretas humanas, factores que predominan en los distritos rurales, además del clima, han contribuido mucho a la propagación de la enfermedad.

El año pasado, en la población de Aguadilla, situada en la costa noroeste, ocurrieron dos brotes epidémicos de fiebre tifoidea. El número total de casos informados e investigados durante ambos brotes alcanzó a 248. De ellos, 32 murieron. La evidencia epidemiológica obtenida demostró en forma concluyente que las aguas del acueducto se contaminaron. El carácter fulminante de la epidemia, la distribución geográfica de los casos diseminados por toda la población, el estado econónomico y social de los enfermos, donde todas las clases fueron afectadas y el resultado negativo obtenido en la investigación que señalase otra fuente de infección, como la leche, el mantecado, etc., sostienen esta hipótesis. Después del primer brote, el estudio de la ribera del río que surte el acueducto del pueblo de Aguadilla acusó la presencia de varios casos, algunos de los cuales residían cerca de la toma de agua para el acueducto público, localizada en uno de los distritos rurales de la municipalidad de Aguada, colindante a la de Aguadilla.

En Aguadilla no había planta de cloro cuando ocurrió el primer brote en el mes de enero del año pasado. Debido a que las características epidemiológicas demosmostraron la posible contaminación de las aguas, su desinfección por medio del cloro se comenzó inmediatamente.

Durante el mes de julio del mismo año y a pesar de estar instalada la planta de cloro, ocurrió un segundo brote hídrico en Aguadilla. En mi opinión existen varios factores que pueden ser responsables de este segundo brote. En primer lugar, en aquella parte de la isla llovió copiosamente durante las tres semanas anteriores a la epidemia. La ribera del río que surte al acueducto de Aguadilla está densamente poblada y la incidencia de la fiebre tifoidea entre estos habitantes ha sido excesivamente alta durante los años anteriores. La lluvia no solamente arrastró material infeccioso de las riberas al río que surte el acueducto de aquella población, sino que el agua en la tubería principal estaba muy turbia debido a la mucha cantidad de lodo. Es un hecho probado y aceptado por autoridades competentes que la efectividad del cloro en el agua actúa en proporción inversa a la cantidad de materia orgánica presente. Aguadilla no tiene planta de purificación

y el agua pasa a los tubos principales después de un corto período de sedimentación en los tanques. Sería razonable asumir que el valor bactericida del cloro se redujo considerablemente a causa de la gran cantidad de materia orgánica suspensa en las aguas o que la cantidad del cloro administrada era insuficiente, dando esto lugar a que los gérmenes tifoideos pasaran a la tubería de distribución en cantidad suficiente para producir la enfermedad en la población.

Por haberse localizado un número considerable de casos en la zona rural de la municipalidad de Aguada, situada en el extremo noroeste de Puerto Rico, y debido a que el acueducto de Aguadilla fué contaminado dos veces por enfermos residentes en las riberas del río que surte dicho acueducto, se dió principio a una campaña contra la enfermedad en este distrito. El trabajo consistía en la hospitalización de los pacientes cuyo tratamiento y aislamiento no era satisfactorio en sus propios hogares, además de la inmunización de los habitantes en los distritos rurales infectados. El personal consistía de un oficial médico y 4 inspectores vacunadores para el trabajo de campaña (field work), y de un médico, tres enfermeras graduadas y dos alumnas además de las sirvientas, para el Hospital de Emergencia. Las actividades de esta unidad cubrían un territorio compuesto de las municipalidades de Aguada, Aguadilla, Añasco, y Moca, con una población conjunta de 72,021 habtantes.

A consecuencia del ciclón un crecido número de familias quedaron sin hogar en la isla, especialmente en los distritos rurales. Muchas de las letrinas fueron total o parcialmente destruídas; otras se inundaron, regándose su contenido sobre la superficie. En muchos casos, las materias fecales quedaron depositadas sobre el terreno. A causa de la congestión de personas existente después del huracán y la disposición inadecuada de las excretas humanas era de esperarse, naturalmente, un aumento de casos secundarios en las familias debido al contacto personal más íntimo entre las personas saludables y los casos portadores de la enfermedad.

En fenómenos de esta naturaleza es muy probable la contaminación de las aguas de consumo público. La lluvia que los acompaña arrastra hacia los ríos y quebradas, la materia infecciosa que existe en las riberas causando su contaminación. Sin embargo, si la cantidad de lluvia es excesiva es lógico suponer que el material infeccioso quede tan diluído en el agua que la cantidad ingerida por las personas no contenga gérmenes bastante para causar síntomas apreciables de la enfermedad.

El cuadro No. IV demuestra la cantidad de lluvia en pulgadas durante el mes de septiembre 1928.

CUADRO NO. IV

Promedio de lluvia registrada en 56 estaciones durante el mes de septiembre 1928 (*).

Día		Pulgadas	Día		Pulgadas
Sept.	1	1.78	Sept.	16	0.28
	2	.69		17	1.07
	3	.32		18	.19
	4	.43		19	.52
	5	.43		20	.22
	6	.35		21	.24
	7	.26		22	.34
	8	.38		23	.74
	9	.46		24	.48
	10	.30		25	.52
	11	.30		26	.34
	12	.65		27	.34
	13	5.32		28	.33
	14	5.51		29	.12
	15	1.58		30	.16

(*) Datos obtenidos del Negociado del Tiempo de Estados Unidos, Estación de P. R.

Analizando el cuadro anterior puede notarse le enorme cantidad de lluvia que acompañó al ciclón. Según manifestaciones del señor Oliver Fassig, quien tiene a cargo la estación del Negociado del Tiempo de Estados Unidos en Puerto Rico, ésta ha sido la cantidad de lluvia más alta registrada durante los últimos treinta años.

De las setentisiete poblaciones de la isla, 60 tienen acueductos. Tres de las ciudades más importantes tienen plantas para la purificación de las aguas. Sólo ocho de los sesenta acueductos tenían plantas de cloro en funcionamiento cuando ocurrió el ciclón. Siete plantas adicionales fueron instaladas por un ingeniero del Departamento de Sanidad con la ayuda de un ingeniero del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos llegado a la isla una semana después del temporal.

Después del 13 de septiembre no se desarrolló epidemia alguna de fiebre tifoidea en ninguna ciudad o pueblo de la isla. Por esta circunstancia es de presumirse que la contaminación de los acueductos municipales ha desempeñado un papel de poco importancia en la propagación de la fiebre tifoidea en Puerto Rico después del ciclón de San Felipe. No obstante, en los distritos rurales, debido al gran número de habitantes que usa aguas de quebradas infectadas y de pozos expuestos sin duda alguna a contaminaciones peligrosas y otros abastecimientos sospechosos, es muy probable que las aguas contaminadas, aunque no el agente más importante en este caso, hayan contribuído en parte a propagar la enfermedad.

Hubo un caso en la zona rural en el cual la evidencia obtenida demostró de modo concluyente que la contaminación del agua fué el factor principal en el origen de la enfermedad. El brote, que alcanzó a 46 casos, ocurrió en un distrito semi-rural de la población de Utuado. Antes de la tormenta, la mitad de los habitantes de este barrio, 500 en total, obtenían agua del acueducto de Utuado. Debido a que el acueducto fué averiado por el temporal, la gente recurrió a un pozo de supercie situado cerca de una quebrada. Varios casos de fiebre tifoidea aparecieron simultáneamente entre los habitantes del poblado. De los 46 casos informados e investigados durante la epidemia, 43 ocurrieron entre las personas que usaban del agua del pozo habitualmente y en raras excepciones ocasionalmente, después del temporal.

La investigación reveló que en agosto 14 del mismo año un caso de fiebre tifoidea ocurrió en los alrededores de este pozo. Las excretas de este paciente se echaban a una letrina de construcción muy defectuosa como a seis yardas del mismo. Con toda probabilidad, las aguas de este pozo se contaminaron con el contenido de esta letrina. El hecho de tomar agua de un nuevo abastecimiento y el desarrollo simultáneo de un brote epidémico, que revela una infección colectiva, además de la presencia de un caso de fiebre tifoidea un mes antes, son factores tan íntimamente relacionados que sugieren la causa y el efecto.

Por el examen de la situación general en la isla en cuanto a la fiebre tifoidea después del temporal, encontramos que 604 casos y 148 muertes fueron informados al Departamento de Sanidad durante los meses de septiembre, octubre y noviembre y que el año anterior durante los mismos meses se informaron 264 casos y 83 defunciones. Aunque no se desarrolló epidemia alguna durante estos tres meses en ninguno de los pueblos de la isla, aparentemente hubo un aumento considerable en la incidencia de la enfermedad después del huracán. Estas conclusiones están

basadas en la comparación de las cifras de mortalidad porque aunque el informe de los casos es obligatorio, la ley no se cumple. Las estadísticas son completas y aunque en algunos casos no son exactas pueden usarse para los propósitos de este estudio. puesto que no existe razón obvia alguna para que las cifras difieran considerablemente en dos años consecutivos.

De los 604 casos y 148 defunciones informadas de 48 municipalidades durante los meses de septiembre, octubre y noviembre del año pasado, 122 casos y 13 defunciones pertenecían a la zona urbana; 432 casos y 113 defunciones a la zona rural; y en 48 casos y 19 defunciones no se determinó la zona a que pertenecían. De los 122 casos informados de la zona urbana, 46 pertenecían a Aguadilla, ciudad donde existía una epidemia de fiebre tifoidea al ocurrir el temporal.

La población urbana que era el 30.38 por ciento del total de estos municipios contribuyó únicamente con el 22.02% de los casos y el 1032% de las defunciones. La población rural, que constituía el 60.62 por ciento contribuyó con el 77.98 por ciento de los casos y el 89.68 por ciento de las muertes.

De este análisis se desprende que el problema de la fiebre tifoidea se agravó considerablemente en los distritos rurales a causa del temporal. La forma en que se dispone de las excretas en estos distritos en muchas ocasiones es tan inadecuada que ofrece oportunidades amplias para la propagación de la enfermedad por medio del contacto. Por tanto, si como se ha determinado en estudios previos, la infección en la zona rural se disemina por contacto con casos y portadores, era de esperarse que la población de esta zona fuera más afectada debido a que las oportunidades para la propagación por estos medios en estos distritos, eran probablemente más amplias después del huracán.

La mortalidad por fiebre tifoidea calculada de acuerdo con el número de casos y defunciones informados ascendió a 24.50 por ciento para toda la isla; sin embargo, entre el grupo de los casos admitidos al Hospital de Emergencia de Aguadilla ascendió a 15.64 por ciento. Teniendo en cuenta que la atención médica de los casos era superior en el Hospital que en las casas, la mortalidad en este grupo tenía que resultar más baja. De ser esto cierto, resulta evidente que los casos en su gran mayoría fueron informados.

Con personal adicional asignado por el Comisionado de Sanidad, el trabajo contra la fiebre tifoidea no sólo se intensificó considerablemente en la parte noroeste de Puerto Rico donde una campaña estaba en progreso, sino que la labor se extendió a un nuevo distrito compuesto de doce municipalidades con una población conjunta de 237.153 habitantes, donde la enfermedad había prevalecido excesivamente en los años anteriores. Un oficial médico y dieciocho inspectores sanitarios fueron asignados a este nuevo distrito. En Utuado, pueblo del distrito, se instaló un hospital de emergencia donde se hospitalizaron 18 casos. Otros 9 casos localizados en la zona rural de Barros, fueron ingresados en el Hospital Municipal de aquella población. Los demás casos localizados en este distrito de doce municipios fueron tratados en sus propias casas, estando a cargo de los inspectores sanitarios la instrucción de los familiares en cuanto a las precauciones necesarias sobre el cuidado de los enfermos y la disposción adecuada de las excretas. Cuarentisiete mil novecientas veintinueve (47.929) dosis de vacunas fueron administradas en menos de un mes en esta zona.

El trabajo en el noroeste, donde la fie-

bre tifoidea se había convertido en un problema más serio, fué más completo. El trabajo se extendió a cuatro municipios más, haciendo un total de ocho con una población conjunta de 155,000 habitantes. Otro oficial médico y doce inspectores adicionales fueron destacados a este distrito. De los 365 casos localizados en este territorio, 211 fueron tratados en el Hospital de Emergencia abierto en la ciudad de Aguadilla con la cooperación de la Cruz Roja Americana.

Ciento diecinueve mil doscientas ochentiuna inoculaciones fueron administradas por los inspectores en este territorio. Estas, unidas a las 47,929 del nuevo distrito forman un total de 167,210. Más del 90% de las personas inmunizadas residen en los distritos rurales de estas municipalidades donde la incidencia de la enfermedad ha sido excesivamente alta en los años pasados.

En la actualidad solamente hay cinco pacientes en el Hospital de Emergencia de Aguadilla apesar de que la campaña contra la fiebre tifoidea se extiende a diez municipios de la zona noroeste de la isla, con una población conjunta de más de 300 mil habitantes y de tener 30 inspectores de sanidad trabajando activamente en la localización de enfermos en la zona rural de estos municipios. El número de enfermos de fiebre tifoidea localizado en esta zona cuyo diagnóstico ha sido confirmado por el examen bacteriológico nunca excede de dos o tres a la semana en la actualidad.

Se supone que alrededor de un 5 por ciento de las personas que padecen de fiebre permanece siendo portadores del germn de la enfermedad. Por esta razón puede asumirse que con tanto foco potencial de la enfermedad en estos distritos, el número de casos secundarios en una zona de tan gran extensión sea relativamente alto.

Parece razonable suponer que la inmunización general practicada en los habitantes de estos distritos donde se han administrado más de 300.000 inoculaciones, es exclusivamente responsable de que la enfermedad no se propague al presente por medio de los portadores de la enfermedad.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1—De acuerdo con los records de mortalidad, la fiebre tifoidea en la isla ha aumentado en los últimos años.

2—La incidencia de esta enfermedad es más alta en los distritos rurales y su existencia excesiva en la zona rural ha sido en gran parte responsable de la alta incidencia en la isla entera.

3—Aparentemente los brotes epidémicos en las poblaciones tienen origen en la contaminación de las aguas de los acueductos municipales.

4—Por circunstancias especiales existentes en los trópicos discutidas en este estudio la leche de vaca puede eliminarse como factor de importancia en la propagación de la fiebre tifioidea en Puerto Rico.

5—Después del temporal hubo un aumento considerable en la incidencia de la enfermedad, al que contribuyó en su mayor parte, la población rural.

6—El hecho de no haberse desarrollado epidemia alguna en las ciudades o pueblos de la isla, aún cuando las tres cuartas partes de ellos tienen acueductos, muchos de los cuales no tienen medios de purificación, demuestra que los acueductos municipales tuvieron poca relación con el aumento de la incidencia de la enfermedad después del ciclón.

DESARROLLO HISTORICO DEL ASILO DE BENEFICENCIA Y MANICOMIO DE PUERTO RICO DESDE SU CREACION HASTA LA FECHA

Dr. Francisco R. de Goenaga.

(Continuación)

DURANTE EL PARENTESIS

Jamás perdí de vista el curso de los acontecimientos relacionados con el Manicomio Insular, seguí velando por él con celo, con cariño, con interés de padre.

El despojo de mi destino originó agria campaña periodística. Deseo omtitirla. La arbitrariedad de que fuí víctima habrá servido de remordimiento a las personas que en ella intervinieron. Fué un incidente político. Doy gracias a Dios por haberme concedido llegar a edad avanzada para, adiestrado por los rigores de la experiencia, olvidar injusticias y perjuicios de tétrico pasado y, con nobleza de alma, poder complacerme aclamando, con voz alta y senora, que: aparte la obcecación política, mis detractores, ya muertos o afortunadamente vivos, fueron y son eminentes ciudadanos dignos de respeto y estimación.

TRANSCRIPCION DE DOCUMENTOS.

CARTA ABIERTA

Gibraltar, Octubre 1º, 1919.
Hon. Señor Lcdo. Palacios Rodríguez,
Puerto Rico.

Excúseme, Señor, el momentáneo desvío que impongo a su ocupada atención. Procuraré ser breve.

Desde que embarqué en ese puerto de San Juan con rumbo a Europa, hacen ya cuatro escasos meses, ni una sola noticia de interés general, procedente de esa isla, ha llegado, Señor, hasta mí. Considere cómo habrá vivido mi espíritu en un tan penoso aislamiento: descentrado, falto de su normal cimentación y encauce, en un inquietante reposo que no ha sido parte a turbar el febril trasponer ciudades y campos y lugares de este viejo continente, cada una de cuyas piedras, cada arbusto, cada girón de su matizado cielo entonan de continuo, ante el pasmo del viajero culto, bellísimas estrofas de una leyenda y tradición inagotables. Un alto había de hacer en Cádiz, ciudad más antigua que la historia; y a Cádíz dirigí mis pasos, ávido de las caricias de esas auras borincanas y sediento de la visión esplendorosa de sus encantos, que habían de traerme cartas y periódicos de esa, allí amontonados. La vista de Cádiz, por el caudal de noticias que en ella me esperaban y por el parecido a nuestra isla que le da su riente cielo, como ésta guarnecida por un mar azul intenso a su pie y arriba por un nimbo de radiante luz, produjome la misma sensación que a jadeante caravana el cuadro de bosques vivificantes y el rumor de cristalino arroyo desplegado de improviso en su camino.

Leí la prensa de esa isla y en ella hube de saborear repetidas veces el meritísimo discurso pronunciado por usted ante las comisiones de Alcaldes y Jueces congregados en la "Fortaleza". Aparte el inapreciable valor de sus apreciaciones, encuadradas en un margen de competencia y autoridad notorias, no he de negar, Se-

ñor, la fruicción, un tanto egoísta tal vez, con que mi alma recogió entonces y ahora aplaude calurosamente aquél su modo de sondar las simas y abismos que entenebrecen y desconceptúan nuestra civilización, arrancando de ellos las lacerías y miserias humanas que gimen en su fondo. Quiero referirme a la condición de los alienados que en excesivo número arrastran por nuestros campos su infelicidad y su abandono.

Debo a usted vivísimo reconocimiento y no puedo sustraerme al deseo de hacerlo público. No desconoce usted, como no habrá de desconocer nadie, la asidua, la ruda labor a que he venido consagrado en buenos años de vida profesional, para mejorar en parte la inhumana condición de esos infelices; no ignora tampoco, como nadie ignorará las asechanzas salídome al paso en mi camino, producto, ¿por qué no decirlo? de una política sin entraña que todo lo infecta y envenena. He tenido, sin embargo, horas de imborrables complacencias. Algunas debo a su discurso de usted, y de aquí mi gratitud. Pues las amarguras pasadas nada representan ni significan cuando se contempla, como desde aquí contemplo yo, el surco abierto por mis campañas en las conciencias ocultas del país, y cómo un prestigio relevante como el suyo, secunda desde la esfera jurídica aquellos nobles y generosos esfuerzos míos Satisfacciones debo, también, al éxito alcanzado en los días del gobierno del honorable Post, por cuyo encargó recorrí la isla en la santa misión de libertar de horrible muerte a pobres locos recluídos y amontonados en esas inmundas zahurdas que se nombran "depósitos muncipales."

El cuadro que usted traza en vigorosos tonos, de aquella pobre criatura que en Ponce socorrió su corazón magnánimo, cuyo organismo, falto de luz y de aire, llegó a atrofiarse en términos de privarle de su aspecto humano y convertirla en figura de sapo, es pálido reflejo, Señor, de aquel otro, no tan gráficamente expuesto, desde luego, mencionado al señor Gobernador en el informe con que hube de dar cuenta de mi citada visita por la isla. Aquella infeliz mujer con 72 libras de peso, parecía un esqueleto viviente inhumado en la cárcel municipal de Lares La bestia humana había saciado en aquel montón de huesos sus carnales apetitos, violando al espectro en el mismo local de la prisión. Busque, Señor, ese informe y hallará en él infinitos casos cuya lectura levanta oleadas de indignación y de enérgicos reproches a la propia impiedad y a la infame perversión de los hombres.

Como resultado de mi visita a la isla, llevé al Manicomio de San Juan, bastante capaz por cierto, un contingente no despreciable de alienados, 137, sustraídos a nuestras cárceles públicas. Esta provechosa medida con la que se atenuaba en parte no más, no más que en parte, el profundo desprestigio que rae y carcome nuestra administración, fué bien pronto revocada por las ponzoñosas artes de una política en la que toda impura pasión halla holgado acomodo, y se abrieron de par en par las puertas del Manicomio y se dió suelta de nuevo al pregón de ignominia piadosamente concentrado por mí en saludable ambiente, para que disperso por toda la extensión de ese hermoso país, propalase a todos los vientos el error, la maldad y la ignorancia, verdadera trinidad política, matriz de nuestras penas, causa de nuestras desgracias.

No sin mi pública protesta realizose tal insensatez y sus amargos frutos no tardaron en ofrecerse copiosos a la recolección. Y así aconteció. Hormesinda

Vidal, de Isabela, a poco de su salida, no obstante mi calificación de loca peligrosa, extrangula a su anciano padre; y Etanislao Carmona en Toa-Alta, en uno de sus frecuentes raptos, incendia el paterno hogar y muere a balazos de la policía insular, impotente para reducirlo...

Convencido de que el benéfico establecimiento de San Juan admite, aunque estrechamente, a todos los alienados de la isla, cuántas veces me he preguntado a mí mismo si no es preferible el mal menor de hacinar en aquél a estos enfermos que el abandono y libre vagar de los mismos por campos y poblados. Y la afirmación se ha impuesto como un imperativo de mi conciencia.

La sofistería prende en menguados corazones y produce el siniestro brote de sus infecundas sutilezas; y con apariencia de razones el subterfugio y la argucia desvarían el general sentir, frívolo y tornadizo como aguja indicadora del viento. De esta suerte ha podido declararse insoluble el problema de nuestros locos, so pretexto de carecer el presupuesto insular de consignación bastante para tales atenciones.

Males hay cuyo remedio no admite espera. Abandonarlos, no atacar briosamente, abnegadamente, la enfermedad, es un crimen, que pena y castiga toda conciencia honrada, que pena y castiga la ley positiva siquiera en renglones de letra muerta. ¿Qué se diría, Señor, si por deficiencias de nuestros presupuestos abriéramos las cárceles públicas? ¿Y no es esto menos sensible que condenar a muerte cierta en inmundas pocilgas, a infelices semejantes, cuyo solo pecado estriba en la carencia de luz mental, apagada tal vez por la desidia e incuria de esa sciedad condenadora? Ancha y acomodaticia es en verdad la excusa que se alega. Ella deriva las más absurdas consecuencias. Por ella se autoriza el pauperismo y la indigencia: hasta permite que arrojemos a la vía pública a los niños de teta, en vez de acojerlos solícitos en asilos y dispensarios. De admitirla, no habrá justicia en la tierra que castigue al padre desnaturalizado y cruel que abandone a sus hijos.

La falta de local que muchos aducen, no resiste la más somera crítica. ¿Pero es que no llenan las salas de nuestro Manicomio enagenados pudientes? ¿No pueden las familias de estos recojerlos en sanatorios particulares? ¿O es que vamos a hacer una fuente de ingreso de la beneficencia pública? En realidad lo que hace falt? ~ presupuesto para sostener en el manicomio a todos los locos de la isla.

Larga se ha hecho esta carta contra mi propósito. He de ponerla punto ya. Mas permita que la remate concretando mi pensamiento en dos líneas.

La "calamidad pública" como usted acertadamente califica al problema de los locos de esa isla, debe ser conjurada sin vacilación y sin ulteriores estudios. No hace falta más que una buena voluntad exaltada en el amor de esa tierra, dispuesta a elegir la línea recta y de suave declive que conduce rápidamente al fin. En mecánica, la fuerza, el movimiento, buscan siempre la línea recta de menor resistencia. Y una voluntad bien impulsada ha de hallar franco y expedito cauce en cuanto prescinda de organismos inútiles, rémoras y estorbos de la administración. Sobre todo, huir de los apasionados informes de la política, y si no hay partida en el presupuesto, crearla; si no hay locales, improvisarlos.

Acepte, Señor, con mis excusas más reiteradas, el testimonio de la gratitud

y consideración personal con que me suscribo de usted muy atentamente,

(Fdo.) *Dr. Francisco R. de Goenaga.*

. . . .

En Junio de 1911 tuve el honor de dirigirme en carta abierta al Hon. Gobernador Corton y entre otras cosas expuse:—

"No han transcurrido muchos meses desde que V. H. tuvo el buen acierto de convocar una Junta en el Palacio del Gobierno para sugerir medios de enmienda y corrección de señaladas deficiencias en el ramo y servicio público de Sanidad. Beneficencia y Prisiones. Tratóse en aquella ocasión del estado mísero en que se hallaban los locos confundidos entre los criminales retenidos en depósitos inmundos a cargo de los Municipios. Recuerdo que desde Gibraltar hube de felicitar al Licenciado Palacios Rodríguez en razón a la actitud acertada que con sus iniciativas asumió en aquella Junta.

Después de aquella Asamblea es el caso que el mal subsiste y persiste, y que se viene dando en menoscabo de nuestra cultura el vicioso modo de proceder que coloca al mísero enfermo del cerebro, tan menesteroso de cuidados especiales, junto al criminal que cumple su condena. Es verdaderamente cruel que el enajenado al sentirse recobrado a su razón natural y clara se encuentre rodeado de la desagradable compañía de gentes criminales. Este caso acaba de ofrecerse en la cárcel de San Juan.

Uno de los desamparados, que lleva por nombre Silvestre Cepeda, ha curado en la cárcel en donde se le tiene convertido en mozo de limpieza, y esto en una tal manera que, como los jefes de la Prisión no tienen atributo jurisdiccional sobre él, en rigor de verdad hablando, y como quiera que, por otra parte, tampoco el Manicomio lo reclama para su ingreso en él, queda como sentenciado prácticamente a pena sin nombre y que yo pudiera llamar de reclusión perpétua o indefinida.

Recibida una orden de la Hon. Corte de Distrito de esta Capital para que reconociera y dictaminara acerca del estado mental de Cristina Benítez, recluída, en unión de otras locas, en la cárcel, fuí a cumplimentarla y enterado de que Cristina Benítez había sido trasladada al Manicomio Insular, allá me dirigí y me fué presentada una mujer de color y demás señas particulares muy distintas a las transcritas en la referida orden como peculiares de Crirstina Benítez; grande fué entonces mi sorpresa; pero después fué mayor mi asombro cuando la misma mujer que reconocía, y que—dicho sea de paso—estaba completamente cuerda, me dijo que su verdadero nombre era Francisca Reyes Verdejo. Regresé a la cárcel y, después de penosa investigación, me fué posible aclarar que la desgraciada Cristina Benítez había muerto el día 9 de marzo, sin recibir auxilio de la ciencia, confundida entre las presas, y enterrada con el nombre equivocado de su compañera de infortunio Francisca Reyes Verdejo, quien, para ingresar en el Manicomio fué bautizada con el nombre de Cristina Benítez. Y así hube de manifestarlo a la Hon. Corte de Distrito. ¿Cómo sospechar que *la difunta enterrada* estuviera viviendo recluída en el Manicomio? ¿Cosas tales como estas deben ser calladas o desconocidas? De qué medio valerse para lograrlo?

Creo ahora no haber hecho más que prestar un servicio de valor cívico, de que tanto se carece en nuestro país. Y confío en que V. H. aceptándolo, por cuanto desinteresado y noble es, tomará las medidas y dictará las oportunas ór-

denes para que se produzca por medio de la investigación la luz, y por medio de la luz, la designación de los ineptos o negligentes y su enmienda o correctivo."

Muy respectousamente, Señor.

(Fdo. *Dr. Francisco R. De Goeanaga.*

. . . .

La Ley No. 68—Tomo de leyes de 1910 a 1911, página 26, creó la Junta Insular de Sanidad. En virtud de la ley No. 81 para reorganizar el servicio sanitario en Puerto Rico, aprobada el 14 de Marzo de 1912 fué separada la oficina de sanidad del Departamento llamado "El Consolidado". Designado Jefe del departamento de nueva creación el Dr. W. F. Lippitt desempeñó su cargo con inusitado celo, notable inteligencia y felíz éxito.

. . . .

Department of Justice of Porto Rico
Office of the Attorney General
SAN JUAN

January 13, 1914.

Dr. Francisco Goenaga,
Río Piedras, P. R.
My dear Doctor Goenaga:

I take pleasure in handing you a copy of the first message of Hon. Arthur Yager, Governor of Porto Rico, to the present session of the Legislature. I know you will be greatly interested in the passage I have marked on page 9.

Yours very trully,
(Si gned) *Walcott H. Pilkin.*
Attorney General.

EL MANICOMIO Y EL MENSAJE DEL GOBERNADOR
Enero de 1914

En breves, pero cabales líneas, el Hon. Gobernador de Puerto Rico, en su Mensaje de Enero a la Asamblea Legislativa, trata con magistral acierto la cuestión del Manicomio de San Juan, el único que existe en la isla. Esta cuestión, que en realidad constituye uno de los más importantes y urgentes problemas públicos del país, consiste en la falta de un local o edificio adecuado para el alojamiento y tratamiento de los locos de la isla.

La necesidad de un edificio capaz y moderno está fundamentalmente relacionada con los requerimientos científicos, las leyes morales y el número de enfermos. El Manicommio actual ha sobrevivido a su época, se ha sobrevivido a sí mismo, es una prueba de cómo la marcha del progreso y desarrollo de las Sociedades no es igual ni simultánea en todos los órdenes y, como una excrecencia del pasado, con la fealdad lamentable de un órgano o de un miembro retardado en su evolución o atacado de parálisis, incapaz por lo mismo de sus funciones naturales, está ahí como una afrenta de nuestra civilización, como un reproche a nuestra piedad y nuestros sentimientos cristianos y humanos, como una denuncia de nuestra negligencia y nuestra indolencia. "Es una vergüenza para el Gobierno y para el pueblo de Puerto Rio, dice el Gobernador, que no se tenga el edificio necesario."

Una de las más graves y vergonzosa consecuencias de la incapacidad del actual edificiò, es la retención de pacientes en las cárceles municipales de la isla. No hay afrenta comparable a la del espectáculo de estos enfermos condenados por la impiedad social al encierro en esos chiqueros o esos antros dignificados con el nombre de cárceles. Allí viven en condiciones que los propios criminales no conocen. Allí mueren en el más vergonzo abandono esas oscuras víctimas de su

propio destino, agravado por la indiferencia pública que en tales casos es una terrible forma de crueldad. La noticia de estos casos la registra consuetudinariamente la prensa de la isla, sin que nadie parezca reparar en ellos, ni menos conmoverse por el horror de su inhumanidad. Precisamente, en estos días. "El Heraldo Español" registró uno de estos escandalosos casos. En la carcel municipal de Cayey, un loco allí recluído, se ahorcó colgándose de un clavo. Estas tragedias, con ser horrendas, son frecuentes. Mientras ellas subsistan, habrá un negro baldón en nuestra civilización, y no será indiscutible que somos un pueblo cristiano.

La congestión es otra de las más funestas onsecuencias de la incapacidad del local. La congestión es uno de los problemas públicos que más preocupan a la civilización en ciudades hiperpobladas como Londres, New York y París. Fuerzas sociales de la mayor potencia trabajan sin descanso en aquellos grandes centros humanos por la eliminación de este mal, y, entre tanto, por la disminución o mitigación de sus efectos. ¿Cómo es posible que en el reducido espacio de un asilo de enfermos del cerebro se tolere pasivamente este horrible mal, tan vario en sus daños? Esto es sin duda contrario al espíritu y al objeto de la institución misma. Esto es destructivo de los fines de la institución, que no son otros que la curación del enfermo, si curable, y si no, la atenuación de su desgracia, en ambos casos mediante la existencia y la influencia de un conjunto de condiciones rigurosamente científicas, algunas de ellas elementales y comunes y esenciales a todos los estados de la vida, y que sin embargo faltan en el actual asilo de enagenados de San Juan.

El que estas líneas escribe ha consagrado su vida no sólo al tratamiento de los locos en el Manicomio de esta Ciudad, sino al implantamiento de las reformas que el edificio y todos los ramos del servicio demandaban. El suscrito puede, pues, decir que estos males no son nuevos, y que con ser muy graves y de urgente supresión ellos no son sino el residuo de numerosos y peores males ya vencidos. Hubo un tiempo en que se confundía el Manicomio con la cárcel. Hubo un tiempo en que se azotaba a los locos como a los presos criminales. A muchos causará sorpresa si digo que el Manicomio actual, con todos sus defectos y deficiencias, y aún abominaciones, es un progreso, un gran progreso sobre los orígenes. Nadie lo sabe mejor que yo, ni nadie puede decirlo mejor que yo, que estoy identificado con la vida de ese instituto desde sus orígenes. Los que han venido ahora, testigos recientes de los males actuales, no pueden tener idea de los males vencidos, de las conquistas hechas en un proceso de esfuerzos y de trabajos de más de quince años. En mis informes anuales, durante ese período, puede leerse la historia del Manicomio, sus diferentes etapas desde el principio, en evolución hasta el día, y sobre todo, mi tesonero empeño en mantener siempre presente ante los sucesivos Gobiernos las necesidades del Manicomio, y en obtener de ellos las medidas y recursos indispensables para su satisfacción. A la luz de esos informes podrá verse que el Manicomio actual representa un gran progreso. El es el resultado de un incansable esfuerzo constructivo, en lucha desigual y aislada contra las más adversas resistencias.

Algunos Gobiernos pusieron oídos sordos a mis instancias, tal vez involunta-

riamente; otros me ayudaron, y simpatizaron con mis esfuerzos.

Puedo así hacer justicia en esta ocasión al Gobierno de la ocupación Militar, por ejemplo, al que la isla debe el importante beneficio de la separación del Manicomio de los Asilos de Beneficencia; y al Gobernador Winthrop, con cuyo auxilio conté siempre, y a quien debe el Manicomio el beneficio no menos importante de una notable ampliación del local con la cesión o incorporación de la Sección que ocupaban los niños de ambos sexos. La Administración del predecesor de Mr. Yager, en cambio, fué del todo infecunda para el Manicomio, cuyas necesidades miró con la mayor indiferencia.

———

Nadie dió antes que yo el grito de alarma en esa cuestión del Manicomio. Nadie expuso antes que yo a los ojos del Gobierno y del público las miserias y depravaciones que reinaban ocultas en aquel establecimiento. Nadie ha luchado como yo por su reforma y su modernización.

El Hon. Gobernador sugiere en su Mensaje que "al tratar del asunto de un empréstito con el fin de obtener fondos para mejoras permanentes, se tenga en cuenta que debe incluirse en la aplicación de estos fondos la construcción del edificio necesario para el Manicomio."

Esta es sin duda muy buena y oportuna recomendación, y el solo medio para la solución definitiva del problema del Manicomio.

Pero los males de esta institución son urgentísimos, son inaplazables, y es forzoso encontrar a todo trance un remedio inmediato. La crueldad de las reclusiones en las cárceles municipales, por ejemplo, no debe subsistir un día más. Hay que averiguar en primer término, si existe una medida práctica para poner cese a este escándalo, y averiguado que sí existe, será a todas luces injustificable que no se haga en el acto efectiva.

Nosotros declaramos que esta medida existe, y que el Gobernador la tiene en sus manos.

La medida consiste en obtener presupuesto suficiente para poder destinar el actual edificio a los enfermos pobres, quedando justificada la exclusión de los pudientes.

La escandalosa crueldad que es en sí misma la reclusión en las cárceles municipales, sube de punto cuando se considera que, para los infelices que la sociedad condena a muerte en esas pocilgas, hay capacidad en el Manicomio.

La admisión de los enfermos que pagan es en principio incompatible con la mente que presidió la fundación del Asilo de enagenados, pero se hace odiosa cuando, por falta de presupuesto, se efectúa con sacrificio y a costa del derecho anterior y superior de los pacientes que no puedan pagar, y para los cuales fué creado el Manicomio. No es posible negar que la costumbre de recibir enfermos ricos mientras las cárceles municipales están llenas de enfermos pobres, es una perversión de los fines del Manicomio y una atroz desigualdad social. Nada hay más irritante que esta injusticia.

———

Si en el Manicomio hay congestión, hacinamiento, o aglomeración, ¿por qué se recibe en él a los pudientes? Esta sería suficente razón para no recibirlos, aún cuando no hubiera enfermos en las cárceles municipales. Se les haría, rechazándolos, un gran bien a ellos mismos, y se mejorarían sustancialmente las condiciones para los no pudientes.

Mi experiencia me ha enseñado que en el edificio actual hay cabida para *todos*

los enfermos de la isla, no pudientes por supuesto. Yo no me quejé nunca de exceso de ingresos, porque contaba con la bondad y ventajas de nuestro clima, a favor del cual se puede tener aire a todas horas, porque a todas horas se pueden conservar abiertas todas las habitaciones. El edificio está, además, en una altura y cerca del mar.

De lo que me quejé siempre fué de la abominación de las cárceles municipales; y para evitarla; salía yo mismo a recorrer la isla recogiendo enfermos. En una ocasión recogí y traje al Manicomio 137 víctimas que perecían en la ignominia de las cárceles municipales.

Mi información es que el número de asilados en el Manicomio es hoy inferior con mucho al que era en la época en que el instituto estuvo a mi cargo, a pesar de que entonces no disponía el edificio de adiciones que posteriormente se le han hecho para ampliarlo.

Repito que bajo mi dirección el Manicomio contuvo todos los locos de la isla, y que no hay razón para que no pueda contenerlos hoy también.

Sostengo que los males e inconvenientes de la aglomeración son en gran parte neutralizables por un clima como el nuestro en que se puede vivir al aire libre; y que en todo caso son preferibles a la atrocidad de las cárceles municipales.

Denuncio en fin como una desigualdad social, como una injusticia, como un gran fraude de derechos sagrados, como una enorme inhumanidad, la admisión de enfermos ricos mientras los enfermos pobres mueren sacrificados en las cárceles municipales.

A un enfermo rico solo le cuesta $15 mensuales el asilo en el Manicomio. Por enconomía, sus deudos prefieren este Asilo al de los Manicomios europeos y americanos. Entre tanto, no hay puesto para los que no pueden pagar la irrisoria pensión. Esto es monstruoso!

Un Manicomio modelo es urgente; pero es más urgente todavía que en el Manicomio actual se haga justicia.

El pueblo de Puerto Rico debe sin duda gracias y gratitud al Gobernador Yager por haber llamado la atención pública en su primer Mensaje hacia la importante cuestión del Manicomio. Por nuestra parte, nosotros, que hemos hecho de este instituto el principal interés de nuestra vida, le estamos al Gobernador particularmente agradecidos.

Dr. F. R. de Goenaga.

. . . .

GOVERNMENT OF PORTO RICO
TREASURY DEPARTMENT
Office of the Treasurer.

San Juan, P. R., March 12, 1929.

Dr. Francisco R. de Goenaga,
P, O. Box 114, San Juan, P. R.

Sir:—

The receipt is hereby acknowledge of a copy of your treatise entitled "The Insane Asylum and the Governor's Message", which contains a great deal of intresting information. I appreciate the interest you have taken in this matter, and thank you for the copy submitted to me.

Yours very trully,

Allan W. Ricardson,
Treasurer of Porto Rico.

. . . .

GOVERNMENT HOUSE
PORTO RICO

San Juan, March 16, 1929.

Sir:—

I am directed by the Governor to acknowledge the receipt of your excellent article on the Insane Asylum. He wish-

es me to thank you in his name, and also to state, that due to the great amount of work caused by the rush of the last sessions of the legislature, he has yet been able to do more than to glance at it; but that as soon as his duties will allow it, he will take pains to read it carefully.

Respectfully,

M. A. Muñoz,
Secretary to the Governor.

. . . .

ALCALDIA DE SAN JUAN
PUERTO RICO

Marzo 1º, 1915.

Dr. Francisco R. de Goenaga,
Director Hospitales Municipales.
SAN JUAN, P. R.
Señor:—

Me dirijo a usted, no como Director del Hospital Municipal propiamente, sino más bien en su carácter de profesional experto en el ramo de dementes en todos sus aspectos.

Según una Ley de la Asammblea Legislativa, los Municipios tienen la obligación de atender debidamente a los locos que dentro de su jurisdicción se encuentran esperando turno para ingresar en el Manicomio Insular y se supone que esa atención deba ser con todas las exigencias modernas, en lo que se refiere al alojamiento, trato, etc., etc., de los pacientes.

De algún tiempo a esta parte viene aumentando considerablemente el número de tales locos en el único sitio donde hasta ahora San Juan ha podido recluirlos, o sea en la Cárcel Municipal, local no el más a propósito para esa atención. Hace más de un año que se encuentran esperando turno dichos dementes para ingresar en el Manicomio, sin que se haya conseguido la entrada de uno siquiera en todo ese lapso de tiempo, sin saberse cual sea la causa, pues siempre las excusas de la oficina encargada son las mismas, o sea que no existe vacante. Los pacientes, en cambio, están mal atendidos en bartolinas inmundas que desdicen del buen nombre del primer Municipio de la Isla.

En vista de este estado de cosas y en previsión de que pudiera ir en aumento esta situación, he pensado en la conveniencia de que nos preparemos para dar buen alojamiento y mejor trato a esos desgraciados, solicitando del Concejo Municipal, desde luego, que en el próximo presupuesto se consigne cantidad suficiente para edificar en sitio apropiado un pequeño edificio para darles alojamiento y he pensado en que nadie mejor que usted, con la competencia que en el país tiene sentada en este ramo de la ciencia, me ayude a preparar un proyecto para 15 ó 20 asilados, con todas las exigencias modernas en cuanto a higiene, etc., etc.

Deseo que usted tome este asunto con calor y que hablemos sobre el mismo, para ver lo que se puede hacer encaminado al fin que persigo.

De Ud. affmo. amigo,
(Firmado) *R. H. Todd,*
ALCALDE.

. . . .

HOSPITALES MUNICIPALES EN
SANTURCE
Santurce, P. R.
Oficina del Director

Hon. Alcalde de San Juan, P. R.
Señor:—

La comunicación de fecha primero del próximo pasado mes de Marzo que V. H. se ha servido trasmitirme, tiene por objeto solicitar mis entusiasmos en la preparación de un proyecto para edificar, en sitio apropiado, un pequeño edificio que

sirva para dar albergue a los infelices locos, hasta ahora en creciente número, quienes, en espera de local vacante en el Manicomio Insular, vienen padeciendo la más triste y misérrima de las desventuras humanas, recluídos en medio de los criminales de todas clases, en estrechos recintos, como si, en vez de su salud y mejoramiento, se procurase agravar sus infortunios.

Y he de decir a V. H., con perdón de cualquiera inmodestia que en ello pudiera cometer, que las sinceras frases de elogio que me dedica, sírvenme de estímulo, si es que de estímulo ha menester aquel cuya vida viene consagrada ha ya muy largos años, al auxilio higiénico y terapéutico de esta clase de seres humanos, los más desventurados que conozco: los privados del uso de la razón.

La sola enunciación de esta necesidad conmueve y sacude mis más vivos afectos humanitarios. Producto el alienado de las más grandes omisiones de parte de la administración pública, alistado generalmente entre las grandes masas de las desdichadas gentes del pueblo, abandonadas a su inclemente suerte desde que enferman, no parece sino que, la piedad humana nunca ha puesto sobre ellos sus benéficos ojos . Mas bien que miembros de la gran familia común se me presentan como seres abyectos, a quienes se ha venido rehusando la prestación de los más elementales deberes por parte de los poderes públicos.

Apenas puede creerse que una isla de 1,200,000 almas, cuya población se halla en crecimiento, que bien pudiera llamarse estupendo, no se haya cuidado todavía de poseer un edificio moderno, ni siquiera antiguo, capaz de dar acogida a tantos innumerables hijos del infortunio. Para con nadie está tan obligado el ramo de la administración benéfica como para con los enagenados. Los alienados son seres inculpables, seres inocentes, no se les debe negar a ellos la acogida que a los criminales se concede. A los criminales no se les impone la espera de turno. El turno es para el infeliz demente que no es culpable de su enfermedad, y como el turno jamás llega en el Manicomio Insular, se coloca a los enfermos en los depósitos municipales, y se falta a los más grandes deberes de la piedad humana confundiendo a tantos inocentes desventurados en el seno de toda suerte de criminales. Y el deber es tanto más grande, cuanto que, del inmenso número de desheredados de la fortuna de donde proceden los locos sin asilo (pues que el rico, quien menos lo ha menester, lo halla inmediatamente en el Manicomio Insular con aportar insignificante cuota mensual); de esas muchedumbres sin albergue, sin luz, sin aire puro que respirar, sin la alimentación indispensable, sin abrigo, sin piedra en que reclinar su cabeza, salen las mayorías políticas de quienes se reciben los poderes electivos de la administración. Infortunio sin igual es este que aquellos mismos que deciden de los poderes conferidos al pueblo no reciban ni siquiera los primeros cuidados en medio de sus angustias y dolores en lo que tienen de más deplorable.

V. H. tiene razón. "Alojar a los alienados en bartolinas inmundas desdice del buen nombre del Municipio de San Juan."

Tiempo es ya de adoptar iniciativas vigorosas y perseverantes en esta municipalidad, cabeza principal de todas las de la isla frente a la incuria o negligencia de los poderes legislativos, frente a la insuficiencia demostrada del celo insular, frente a tan incomprensible indiferencia como la que he venido arrostrando años tras años para formar un verdadero espíritu público, un estado de opinión no-

ble acerca de esta gran cuestión, que es sin duda la que más apremia, la que más humilla al decoro del buen parecer de las autoridades administrativas de la isla. Porque cuando la administración pública no sabe arbitrarse medios en el transcurso de tantos años para esta obra de tan humanitaria piedad, doloroso se hace confesarlo, la ineptitud es la primera exclamación que brota de los labios.

Así como lo entiende V. H., el problema no admite espera. Los locos y los criminales no deben estar juntos. El contacto de ellos entre sí es en menoscabo de todos. Nada ejerce influencia tan perniciosa sobre el irreflexivo loco como el ejemplo del criminal. Y nada influye tanto y de tan deplorable manera en la conciencia de un culpable como el ejemplo constante de toda suerte de desvaríos de que es capaz la conciencia humana enagenada.

Yo quiero apartar la vista, con dolorosa repugnancia, del cuadro lastimoso que ofrecen estos ahogados departamentos municipales dônde se mezclan y se confunden los enfermos inocentes con los enfermos culpables, trasmitiéndose todos los contagios de que es capaz la humana naturaleza en sus últimos límites de degradación. Porque allí en esos estrechos recintos la infeliz demente es violada por el empedernido criminal, la inocencia es desflorada con las interjeciones más abominables, la impiedad junto al rezo, la blasfemia en los oídos devotos, las sacudidas epilépticas junto al estado de postración, los más vergonzosos contrastes en confusión satánica, que sólo pudieran reflejarse en todo su horror por el colorido de inspiración con que supo Dante representar sus hórridas escenas infernales.

Resguardémonos mejor de las miradas indiscretas de los extranjeros que sonríen con asombro mudando la color de la tez, al contemplar estos excesos íntimos de la administración pública, tengamos compasión de nosotros mismos, de nuestro propio decoro. Honrando al país nos honramos a nosotros mismos. El honor suyo es el nuestro propio. Es honra y provecho común, y eso basta. Salvemos al país de esta vergüenza. Rescatemos el buen nombre de la administración. Que el Municipio de San Juan figure a la cabeza. Que imiten su conducta las demás municipalidades. Por mi parte sé decir que presento como ofrenda de mi buen deseo el adjunto proyecto de plano y presupuesto de gastos para instalación y sostenimiento del edificio en condiciones modestísimas, pero higiénicas, que tan perentoriamente necesitan los habitantes de este término municipal para dar acogida a sus alienados en tanto que el intolerable e incomprensible turno de ingreso les permita acogerse a los beneficios del Manicomio Insular.

Al hacerlo así siento como aligerada mi conciencia ante el dolor. Y si algunos votos tengo que formular no pueden ser otros que aquellos que proporcionan a V. H. el honor y la satisfacción en su persona y en la representación del Municipio, de haber suprimido uno de los dolores más intensos y una de las vergüenzas más bochornosas que he venido deplorando en la culta y progresiva municipalidad de San Juan, lo mismo que, en tantas otras que sobrellevan las tristezas de tamaña pesadumbre colectiva.

Honrado y satisfecho en mi cometido tengo el honor de someterme a entera discreción de V. H. en el desempeño de tan noble y singular propósito.

Muy atentamente,

(Fdo.) *Dr. Francisco R. de Goenaga.*

El día 1º de Julio se inauguró el Ma-

nicomio Municipal o sea el "Hospitalillo de emergencias", que la ley vigente obliga a ser instalado en todos los pueblos de la isla. Fueron asilados en él los infelices que estaban recluídos en la cárcel.

. . . .

ALCALDIA DE SAN JUAN
PUERTO RICO

Mayo 17, 1917.

Dr. Francisco R. de Goenaga,
Superintendente Hospitales Municipales,
Santurce, P. R.
Estimado amigo:—

Adjunta es una carta que he recibido de Don Manuel Fernández Juncos, la que se explica por sí sola.

Yo solamente tengo que añadir que vea usted, si es posible, de cumplir con los deseos de Don Manuel.

Atto. amigo,
(Firmado) *R. H. Todd*,
ALCALDE.

. . . .

Mayo 14, 1917.

Sr. D. Roberto Todd,
San Juan, P. R.
Mi distinguido amigo:—

Sor María Arrué, Superiora del Asilo Municipal de pobres ancianos mandó al Refugio hace unos dos años un niño irregular, no solo de manos y brazos contrahechos, sino anormal y retardado en su desarrollo moral e intelectual. Parece un desgraciado, de pésimas herencias y quizás de degeneración ingénita.

Hicimos aquí lo imposible para "enderezar ese alambrito", como decía don Ramón López; pero todo ha sido inútil. Es de naturaleza irritable, estropea con frecuencia a los niños más pequeños, no adelanta en la escuela, rompe toda disciplina, y es un elemento de desorden y de perturbación en las clases.

No pudiendo ya tenerlo aquí por las causas expresadas se lo enviamos a Sor María; pero ella lo devuelve, y nos pone en un conflicto.

Es un caso especial de psiquiatría, que quizás en el Manicomio Municipal de Santurce pudiera servir de estudio al Dr. Goenaga.

En el Refugio no hay manera de que pueda continuar.

Le ruego que me ayude a salir de ese obstáculo que nos ha creado la Superiora de ese Asilo, que ahora no quiere cargar el motete que ella misma trajo.

Gracias anticipadas, y soy siempre de usted amigo afectísimo,

(Firmado) *M. Fernández Juncos.*

Mayo 18, de 1917.

Hon. Alcalde de
San Juan, P. R.
Señor:—

He dado toda mi atención a su atenta carta de ayer incluyéndome una del Hon. señor D. Manuel Fernández Juncos en relación a un niño asilado del Refugio que él considera como caso de psiquiatría; diagnóstico que, guiándome por el cuadro pintado con mano maestra, presumo que corresponde a la Ortofreniopedia.

No es, señor, éste el primer ejemplar que me obliga a decir que nuestros legisladores han venido mirando con cruel indiferencia varios problemas de capital interés humano.

Por fortuna ya se ha iniciado en la esfera gubernativa marcado propósito para la creación de un manicomio modelo.

No debo aducir en estos momentos mis afanes al fin de obtener tan beneficioso establecimiento; pero si necesito lamentarme, una vez más, de palpar casos como el que tratamos sin poderle brindar los auxilios de mis escasos conocimientos científicos.

Desde luego que nuestro tan querido como admirado Don Manuel, en su firme deseo de practicar el bien, se encuentra hoy en un conflicto qoe yo, con acopio de material análogo, aquilato y lamento; pero, sin duda, él ignora que no hay tal *"Manicomio Municipal de Santurce,"* sinó *un local higiénico para asilar a los locos, peligrosos,* librándolos de ser confundidos, en inmundos calabozos, con los criminales, mientras obtienen cabida en el Manicomio Insular.

¿Cuál sería el fin inmediato, señor, del desdichado niño en cuestión asilado entre seres impulsivos?

No es necesaria la respuesta.

Con profunda pena leerá usted esta carta que yo escribo con profundo dolor.

Debo aprovechar esta ocasión para recordar a usted que en el local para locos, construído para veinte, hay ya treinta y dos; número incompatible con la capacidad del establecimiento. Es de urgencia precaver para nuevos casos que pronto ocurrirán.

Atentamente,

Dr. Francisco R. de Goenaga,
Supt. Hospitales Mnpls.

En sucesivas estadísticas fuí señalando la manera inadecuada puesta en práctica para obtener ingresos de los locos de otros términos municipales; ellos eran traídos clandestinamente y, abandonados en la vía pública, la policía, ignorando la procedencia, se encontraba obligada a conducirlos ante la Corte Municipal y declarados locos peligrosos se decretaba su admisión en el Hospitalillo de Emergencia. Con tal procedimiento se fué acentuando, de modo alarmante, el hacinamiento en tan pequeña institución.

Para cabal idea del desbarajuste que sobrevino, por el abuso indicado, transcribo a continuación lo que expresé el año económico de 1917, y puede leerse en la página 42 del informe anual 1917-18 dirigido, por el Hon. Roberto H. Todd, Alcalde de esta Capital al Pueblo de San Juan y al Hon. Gobernador de Puerto Rico:—

Hospitales Municipales, Santurce, P. R.
Oficina del Superintendente.

Hon. Alcalde de San Juan, P. R.
Señor:—

Al recopilar las estadísticas de los Hospitales Municipales en las varias funciones de cada Departamento, es también un singular deber mío, informar con relación al Hospital de Emergencias para locos peligrosos.

En el año económico de 1916-17 fué de 48 el número de asilados, y hube de llamar la atención acerca de tres particulares:

PRIMERO:—Que el edificio fué construído con capacidad para 20 alienados: 10 hombres y 10 mujeres.

SEGUNDO:—La circunstancia de ser el mayor número de locos extraño a nuestra jurisdicción.

TERCERO:—El tardío traslado de estos infelices enfermos al Manicomio Insular.

Hoy tengo el disgusto de advertir que lejos de corregirse tales defectos se han acentuado al extremo de sumar los asilados el número de 93, es decir, el doble del año anterior, con iguales circunstancias de enfermos extraños a nuestro término Municipal y un remanente todavía mayor que el año de 1916-17.

A pesar del hacinamiento las curaciones han sido de 26,881 por ciento y la mortandad de 9,666 por ciento. Ambos términos señalan un feliz éxito que nos proporcionaría completa satisfacción si

el costo de las estancias de los desgraciados locos no estuviera adscrito al de los departamentos de Medicina y Cirujía, estrechando así considerablemente la esfera de auxilio para los enfermos pobres.

Vano empeño ha sido el nuestro para corregir deficiencias: hemos tropezado con el inconveniente de una Ley que obliga a los Municipios a sostener en Hospitalillos de Emergencias a los locos declarados peligrosos por un Juez, y no hay otra regulación que obligue al Manicomio Insular a observar un turno riguroso para la admisión de los alienados de toda la isla, dando lugar tal defecto a la postergación para San Juan, en donde tenemos a nuestro cargo enfermos desde el año 1914, mientras que, en los restantes Municipios sólo existen del año corriente.

Yo que conozco la imposibilidad de sostener a los enagenados en sus respectivos hogares, que estoy compenetrado del desasosiego e intenso dolor moral que se apoderan de sus familiares, proclamo, muy alto, que no existe obligación humana que supere al deber de cuidar oportuna y esmeradamente de los míseros enfermos del crebro. Abandonarlos en su infortunio no sólo es inhumano sino también es cruel, y en tal sentido estoy obligadísimo, de modo ineludible, no ya a pedir sino hasta implorar para ellos al Hon. Concejo Municipal eficaz amparo, activa protección, que a su vez debe ser reclamada, por quién corresponda, a las Cámaras Legislativas.

Las estadísticas de cada servicio especial, por sí solas, ponen de relieve la eficacia del personal técnico de estos Hospitales Municipales, a quien sinceramente me complazco en felicitar.

Al finalizar el año económico, el señor Ingeniero Municipal ha empezado la reparación del edificio llamado de Administración; pero el estado de los departamentos de Cirujía y Medicina me obligan a repetir lo que expuse en mi anterior informe: "El señor Ingeniero Municipal tiene perfecto conocimiento de las reparaciones y modificaciones que ha menester llevar a cabo en los edificios. Yo tengo la obligación de exponer, con toda claridad, que su ejecución no admite demora sin detrimento de nuestro crédito, principalmente en lo que concierne a la esfera de la higiene.

Con leal testimonio de gratitud por la eficacia de sus constantes atenciones en beneficio de estos Hospitales Municipales, me suscribo de usted, respetuosamente,

Dr. Francisco R. de Goenaga,
Supt. Hospitales Municipales.

LA DEMOCRACIA

NOTAS EDITORIALES

EL HOSPITAL MUNICIPAL

Enero 22, 1924.

Los dos organismos más beneficiosos en toda sociedad civilizada son el Hospital y el Manicomio. Los enfermos y los locos, salvo los casos hereditarios, son las víctimas de un estado social morboso, y a ellos deben atender con preferencia los gobiernos. Antes que carreteras, escuelas y edificios públicos, debemos propender a que haya buenos hospitales y un Manicomio moderno con capacidad suficiente para albergar a todas las víctimas de perturbaciones mentales. Del empréstito de los seis millones se ha destinado cantidad suficiente para esas necesidades. Y esas obras deben ser las primeras que se realicen con ese dinero del empréstito.

El municipio de San Juan tiene el mejor Hospital Municipal de la isla. Si-

tuado en una extensa área de terreno casi a orillas del mar, la constante brisa del océano purifica el ambiente. Al penetrar en la ancha alameda, por entre el follaje de los árboles y las palmeras, nadie puede imaginar que entra en un Hospital, sino en una hermosa finca de verano de algún capitalista. Cinco o seis edificios de construcción moderna, separados unos de otros, dan albergue a enfermos, empleados y médicos. En uno de ellos, de dos plantas, se hallan las oficinas del Administrador, las habitaciones de los médicos internos y la escuela para nurse. Otro más pequeño, es la residencia del Director; otro bastante espacioso, de dos plantas, es utiliado hoy para sala de cirujía y asilo de operados. Pero se está construyendo uno de concreto de dos plantas y tres alas espaciosas destinado exclusivamente a cirujía y asilo de operados, y será el más amplio y mejor equipado que habrá en el país.

El edificio más antiguo y que hoy resulta ya pequeño, es el destinado a los enfermos; pues aunque tiene cuatro habitaciones privadas para pudientes se dedica especialmente a los enfermos pobres. Cuando ese edificio se construyó, la población de San Juan no había aumentado tanto, y si se tiene en cuenta que a ese Hospital acuden no solo los enfermos pobres de San Juan sino muchos de la isla, se comprenderá el deber en que está el Ayuntamiento de renovar y ampliar ese edificio. Espacio sobra en aquellos terrenos para esa ampliación y para fomentar en ellos hortalizas y jardines que embellezcan aquel sitio y sirvan de paseo y recreo a los convalecientes. Es esa una obra que debe realizar la administración unionista, ya que en veinte años no pudo hacerlo la administración republicana.

La única mancha que hemos encontrado allí, que desentona del ambiente y que debe desaparecer lo más pronto posible, es una especie de cuartel destinado para albergue de locos. Al enfrentarse uno con aquel edificio, bajo y estrecho, la impresión que dá es la de un antro tenebroso. Y si penetra uno en el interior el cuadro no puede ser más repulsivo. Visitamos la llamada galera de mujeres, y solo podemos decir, que el Dante no pudo imaginar nada más horrible para colocar en su infierno. En una estrecha galería, en la que no pueden caminar tres personas de frente, se revolvían más de treinta locas, desarrapadas, demacradas, desgreñadas, como las Furias de la leyenda. Unas gesticulaban, otras gritaban, otras permanecían inmóviles y silenciosas, como estatuas del dolor. Y la impresión no podía ser ni más triste ni más repulsiva. No quisimos ver la galera de los hombres. Aquello bastaba para que formáramos la idea de que el Municipio no debe sostener ese antro. Aquel sitio no es para Manicomio, sino para Hospital. La idea de establecer allí un cuartelillo para locos no pudo ser más desgraciada. Los locos deben estar en el Manicomio, no en los Hospitales. Allí no pueden recibir el tratamiento especial que requieren las enfermedades mentales. Aquello más que una sucursal del Manicomio es una estrecha prisión. Y los locos deben ser tratados como enfermos, no como criminales.

Aparte de esa nota triste, solo elogios merece la organización que se desarrolla en el Hospital.

Se vé que hay una dirección y una administración inteligente y escrupulosa. Los enfermos, sin distinción de clases ni personas, son atendidos con la solicitud que su estado requiere. Por todas partes se nota una gran limpieza y una gran vigilancia. El servicio de NURSES es excelente. Son todas jóvenes, inteligentes y simpáticas, bajo la dirección de la se-

ñorita Carmen Roca, tan buena moza como enfermera. En cuanto a la dirección facultativa, baste decir que está a cargo del doctor Vicente Font Suárez, uno de nuestros jóvenes médicos que honran la profesión. El doctor Font Suárez comprende que su profesión tiene mucho de sacerdocio y atiende a los enfermos con esa bondad y ese cariño que para el paciente es siempre un consuelo. Este brillante facultativo asume la Dirección del Hospital, auxiliado por otros jóvenes médicos que le secundan asiduamente.

En cuanto a la sección de cirujía, la más importante y delicada, está a cargo de un joven cirujano al cual, sin exageración, puede darse ya el título de "gran cirujano." La reputación del doctor Díaz García, va extendiéndose por la ciudad y pronto su nombre será popular en la isla. A sus mismos compañeros de profesión hemos oído grandes elogios de las difíciles operaciones quirúrgicas realizadas por este hábil cirujano, que no representa ni treinta años de edad. Pero como esas operaciones las realiza en su gran mayoría en un Hospital, en gentes pobres y humildes, que no disponen de la prensa para llevar a la publicidad el éxito realizado, no trascienden al público, como las que realizan otros cirujanos en clínicas particulares y con gentes ricas. Pero el nombre del doctor Díaz García no tardará en adquirir la reputación que merece.

Con tales elementos, demás está decir que el Hospital Municipal es hoy el mejor de cuantos sostienen los Municipios de la isla, y que habla muy alto en favor de la administración unionista, que se ha preocupado por dotar a la ciudad, y a las clases pobres, de un servicio de beneficencia eficiente y humanitario.

Mariano ABRIL.

Enero 23, 1924.

Sr. Don Mariano Abril,
San Juan, P. R.

Distinguido amigo:—

Acabo de leer en "Notas Editoriales" de "La Democracia" de ayer "El Hospital Municipal" suscrito por usted.

El primer párrafo, que transcribo a continuación debiera ser reproducido diariamente, con caracteres muy visibles, en todos los periódicos de la isla hasta obtener la realización de esos organismos "Hospital y Manicomio" que como usted muy bien dice, dan la nota culminante en la civilización y cultura de un país.

> "Los dos organismos más beneficiosos en toda sociedad civilizada son el Hospital y el Manicomio. Los enfermos y los locos, salvo los casos hereditarios, son las víctimas de un estado social morboso, y a ellos deben atender con preferencia los gobiernos. Antes que carreteras, escuelas y edificios públicos, debemos propender a que haya buenos hospitales y un Manicomio moderno con capacidad suficiente para albergar a todas las víctimas de perturbaciones mentales. Del empréstito de los seis millones se ha destinado la cantidad suficiente para esas necesidades. Y esas obras deben ser las primeras que se realicen con ese dinero del empréstito."

Nada puede añadirse a conceptos tan hermosos y debemos esperar que surta oportuno efecto en la esfera gubernativa.

La descripción que usted hace del Hospital de emergencia, para locos peligrosos, es exacta y constituye actualmente una vergüenza pública y digo *actualmente*

porque cuando fué construído, obedeciendo a una ley que está vigente, llenó su cometido evitando que en el depósito municipal de San Juan perecieran en completo abandono los míseros locos que no podían ser albergados en el Manicomio Insular. Idénticamente a lo que en la actualidad ocurre con las cárceles de todos los pueblos de la isla.

El Hospitalillo fué construído para 10 mujeres y 10 hombres, teniendo en cuenta que nunca hasta aquella fecha se excedió el número de 8 de cada sexo en el depósito municipal. Empero muy pronto se estableció el sistema de soltar por las calles de San Juan locos traídos de diferentes pueblos los cuales conducidos a las Cortes, han sido enviados al Hospitalillo de emergencias.

Si usted me hace el honor de leer mis informes anuales, como Director de los Hospitales Municipales, encontrará consignada mi protesta, pues pasaron los asilados de 90. No fué, por lo tanto, desgraciada la idea de establecer el Hospitalillo de emergencias en donde 20 asilados gozaban de mi modesta atención y sobre todo, tenían local higiénico, baños, completo aseo, y buena alimentación. Muchos salieron de allí curados.

Un abuso inexcusable y la tardanza en la construcción de un Manicomio Insular capaz para las necesidades de la isla entera, son las verdaderas causas que determinaron el triste cuadro que usted describe con exactitud, que es horroroso, antihumano y que por caridad cristiana debe desaparecer sin pérdida de tiempo.

La prensa no puede vivir sinó a condición de respetar la verdad y de rendir profundo culto a la conciencia pública, por esa razón los escritos de usted enaltecen a la prensa. Sin duda alguna el público espera de usted insista sobre el tema "Hospital y Manicomio."

La persistencia siempre triunfa. No puedo olvidar que el año 1894, al entrar yo en posesión de mi cargo en el Manicomio, entonces llamado Provincial, estaban asilados en el mismo edificio y bajo una misma dirección, huérfanos y locos de ambos sexos. Imperaban los caducos sistemas, crónicos é inveterados, de grandes aficiones místicas, en una atmósfera viciada de superstición y fanatismo, estrechas galerías oscuras y melancólicas como los conventos embovedados e iluminados a media luz entre muros y rejas de los tiempos medios, inspirando al visitante una cierta repugnancia de horror y compasión al mismo tiempo hacia los seres humanos amontonados sin las previsiones del método, sin los miramientos de la piedad.

Me ví obligado a presentar por entonces al Gobierno español una memoria en donde enumeraba los defectos más deplorables e indicaba además los medios de corregirlos, a mi juicio: estériles esfuerzos, empeños desfallecidos, ante la pasiva resistencia habitual de los expedientes, con todo su cortejo, usual en aquella época, de trámites, audiencias, informes, traslados, alzadas, plazos, e interminables y perezosas resoluciones.

Para los niños, la clausura religiosa por educación. Para los dementes, estrecho encierro por abrigo, como criminales.

Ya por nuestra buena ventura aquel marasmo no existe. Hemos progresado maravillosamente y debemos ser constantes en el propósito hasta conseguir la culminación de las obras benéficas.

Una vez más tengo la satisfacción de suscribirme su leal amigo,

Dr. Francisco R. de Goenaga.

Por la Sección 13 de la ley Jones o sea nuestra nueva carta orgánica, aprobada por el Congreso de los Estados Unidos el

2 de Marzo de 1917, se creó el Departamento de Sanidad bajo los auspicios de un Comisionado.

A pesar de tan saludable cambio, continuó el abuso de nombrar director con carácter de interinidad para el Manicomio Insular hasta Marzo de 1920 en que, como dejo narrado, fué sacada la plaza a oposición. Debo advertir que la ley del Servicio Civil dispone que "Es discrecional de los Jefes de Departamentos elegir sus empleados entre una terna que le será remitida en toda ocasión de vacante por el Departamento del Servicio Civil." Desempeñaba el puesto de Hon. Comisionado de Sanidad, por aquella fecha, un joven colega a quien admiro por su noble arresto e indiscutible ilustración, bien comprobados con el mérito de sus obras; pero olvidando, que la palabra discrecional significa actuar libre y prudencialmente, y que la prudencia es virtud cardinal que consiste en discernir lo bueno de lo malo, prescindió del resultado de la oposición, me postergó, y resultó prácticamente vencedor para ocupar la plaza el colega vencido en lid científica.

Empero, así como en la bóveda celeste al través del prisma etéreo se descompone la luz en múltiples colores formando el bello arco-iris, de igual suerte, por fenómeno de antagonismo, actúan los pasados tiempos a semejanza de lente biconvexa para al través de ella reconcentrar los acontecimientos y construir la historia, donde se encuentran las negras cruces del Cementerio de las pasiones, señalando el iris de paz que debe servir de enseñanza a las generaciones futuras.

Los escándalos del Manicomio Insular traspasaron los límites de nuestra isla.

Léase lo que escribió en Lima el Hon. Sr. Víctor Larco Herrera, y reproduce el Hon. "Club Cívico de Damas" en sentimental informe que se inserta más adelante.

El folleto titulado "Acerca de la asistencia de alienados." En la página 10—dice: "San Juan de Puerto Rico, *septiembre* 4 de 1920.

Señores Médicos del Asilo Colonia de Magdalena, Lima.

Estimados amigos:

Manicomio Insular de San Juan de Puerto Rico.

En este establecimiento hay sobrepoblación de enfermos en la asistencia de los cuales se emplea todavía los viejos y odiados sistemas de contención tales como la camiseta de fuerza.

Diversos patios permiten una separación de los enfermos en conformidad con sus estados de agitación.

Con dolor y desagrado pude contemplar un espectáculo del cual solo tenía idea por nuestro Museo del Asilo Colonia de Magdalena: quiero referirme a los pobres gatosos, cubiertos los desmedrados cuerpos por grandes sacos como único vestido. También existen celdas de reclusión, obscuras, y mal ventiladas, etc., ¡Horror!"

Sí, ¡ !Horror! porque el corazón altera su ritmo y desfallece, y notable languidez germina en el espíritu, al reconocer que el ilustre peruano fué magnánima en su descripción. Yo, bajo el amparo de la más estricta verdad, mi austera dueña y señora soberana, estoy obligado a consignar que el pésimo estado en que, el día 13 de Marzo de 1922, me fué entregado el edificio y las deplorables condiciones de los asilados, hicieron aparecer buenas las circunstancias en que se encontraba el año 1894. Fué un borrón en la historia del Manicomio Insular, mancha indeleble, porque no señala una parálisis en nuestro progreso sino fatal retroceso hacia época inquisitorial.

REPORT—AÑO 1922—DEL HON. COMISIONADO DE SANIDAD AL HON. GOBERNADOR DE LA ISLA.

Temiendo cansar a fuerza de tanto repetirlo, llamamos nuevamente la atención hacia el hecho de lo poco adcuado del actual edificio que ocupa el Manicomio Insular, para los fines a que se le dedica. Hay aproximadamente 500 locos en este asilo, cifra que no alcanza ni a la mitad de los que debía haber. Tal es la condición en que se encuentra el edificio, que más que Manicomio podría llamarse "cárcel donde recluír los locos peligrosos." Sin el menor deseo de criticar el personal que tiene actualmente a su cargo los diversos trabajos del establecimiento ni a los que hayan precedido, es innegable que este asilo no reúne las condiciones necesarias para el tratamiento de los enfermos. Debe usarse la palabra "enfermos" puesto que los trastornos de la mente son síntomas de enfermedades que atendidas debidamente y en condiciones propicias, se curan con frecuencia.

Desgraciadamente, la capacidad del Manicomio es tan limitada, que casi todos los locos de la isla son recluídos en las cárceles municipales en condiciones tan deplorables, que sería imposible describirlas en este informe. El resultado es, que casi siempre, cuando van al Manicomio, ya son pocas las posibilidades de curación.

Hace años se adoptó la medida de que los Municipios proveyeran sus hospitales con salas propias para dementes lo que se hizo en algunos pueblos. Prácticamente y sin excepción, estos enfermos quedaban abandonados, bien por ignorancia o por miedo de parte de los encargados de cuidarlos, y han ido al fin a parar a las cárceles corrientes. No hay trabajo que iguale a este en importancia y debe dársele toda la atención que requiere.

No es posible preparar debidamente el actual edificio. Se han hecho diversas reformas para aumentar su capacidad y condiciones higiénicas; pero no llega nunca a lo que debe ser.

En Mayo del año actual el Dr. Francisco R. de Goenaga, hombre de gran experiencia en estos trabajos, fué nombrado Superintendente.

Encontró el establecimiento en condiciones deplorables, debido al hecho de que durante los cuatro años anteriores, el primer superintendente lo fué un inválido crónico que no asistía nunca a su oficina por tener que permanecer recluído en cama, a este sucedió el Dr. Gustavo Muñoz, hombre de capacidad como profesional, pero que no había tenido experiencia ninguna en el tratamiento de enfermedades mentales ni en la administración de una institución de tal índole. Como resultado de todo esto, los empleados subalternos eran completamente incapaces para llenar los puestos que ocupaban, sucios en su apariencia, desobedientes con sus superiores y descuidados en el cumplimiento de sus deberes. Naturalmente, los asilados eran los que sufrían las consecuencias de tal estado de cosas. El establecimiento estaba abandonado, sucio y en tan malas condiciones, que motivaron un informe especial que fué sometido al Gobernador el último mes de Mayo. No se llevaban historias de los enfermos; se admitían asilados sin haber sufrido un exámen especial, y de acuerdo con los informes obtenidos, no recibían tratamiento ni cuidados, quedando aparentemente olvidados.

Los baños especiales para el tratamiento por la hidroterapia que habían sido instalados anteriormente, habían desaparecido por completo. Sólo existían dos

baños para el aseo de todos los enfermos, uno para el uso de 267 mujeres y otro para 242 hombres. No había una sola tohalla para el uso de los asilados. Había dos inodoros en un departamento para 247 mujeres y tres en otro ocupado por 130 enfermos.

Siendo muy difícil una condensación del informe rendido par el Dr. Goenaga, lo incluímos en su totalidad:—

Mayo 18, 1922.

"Del Director del Manicomio, en Comisión, Al Comisionado de Sanidad Insular,

ASUNTO:—Informe del estado en q. fué entregado al firmante el Manicomio Insular el día 13 de Marzo último y mejoras practicadas hasta el presente.

Al cumplimentar su atta. comunicación fecha 15 del mes corriente, se disputan el imperio de mi ánimo, de una parte la satisfacción y, de otra el temor; la satisfacción, porque después de 14 años ausente de este Manicomio Insular, he vuelto a ponerme en contacto con los desventurados locos asilados en él: temor porque una cierta turbación invade siempre las energías cuando el deber obliga a narrar asuntos de elevadas consideraciones morales.

Desde el año 1894 he seguido con mi experiencia personal el curso de las vicisitudes favorables o adversas ocurridas en esta institución. Al tomar posesión, como Médico del Asilo Provincial de Beneficencia y Manicomio, el citado año 1894 fué mi obligación presentar al Gobierno Español una memoria en donde se enumeraban los defectos más deplorables, y allí expuse: "Cuánto más triste y dolorosa no es aún la impresión del hombre culto é ilustrado que por vez primera penetra en el departamento impropiamente denominado Manicomio en vez de Cárcel de alienados."

La Diputación Provincial hizo entonces cuanto pudo para adoptar las medidas más urgentes y esenciales impuestas por el progreso científico y la civilización de aquella época.

Pues, bien, Hon. Sr., al tomar nuevamente posesión del Manicomio me siento triste, verdaderamente apesadumbrado, porque estoy obligado a consignar, bajo el amparo de la más estricta verdad, que las condiciones actuales de este centro de caridad *hace aparecer bueno el estado en que se hallaba en el año* 1894.

El zaguán con depósitos de víveres por ser pequeño el almacén, que sirve al mismo tiempo para habitación del portero. El pasillo, que da entrada al departamento de mujeres pobres, convertido en bodegón; paños tendidos en cuerdas; rinconeras hechas de cajones; la pared sembrada de clavos sosteniendo cacharros; dos carretillas de hierro, y de una sola rueda, destinadas al transporte de comestibles. Al abrir la puerta interior fué grande mi sorpresa, y la de los señores acompañantes, al sentir el efecto de atmósfera viciada. ¿Cuál causa? Clausuradas puertas y ventanas. Las paredes con pintura de aceite azul turquí, casi negro, con aspecto lóbrego, sombrío, tétrico. Las galerías sin un asiento, ni siquiera un banco de madera en bruto. Las desdichadas locas a la intemperie, encerradas en el patio central del edificio, casi desnudas, nutriéndose de sus cuerpos pediculus humanus, descalzas, unas acostadas sobre el pavimento, tostadas por el ardiente sol de nuestro clima; otras sentatadas sobre muros que son los restos de antiguas cajas para flores; algunas apacibles, silenciosas y el mayor número excitadas solicitándose y repeliéndose mutuamente. Igual cuadro en el patio del recinto sur. En el sótano, falto de luz y

Decadencia del Manicomio desde 1907 hasta 1922.



MUJERES.



PATIO DE HOMBRES.



PATIO DE MUJERES.



HOMBRES.



JAULAS.



HOMBRES.

aire, encerradas las locas en jaulas; frente a ellas otras amarradas con chaquetas de fuerza. Instalado en el mismo sótano un planchadero y como combustible trozos de madera produciendo nubes de humo.

Un pesebre, próximo a las ventanas de la enfermería, hacía insoportable la invasión de las moscas. En ella nos fué entregada una joven, de 22 años de edad, con el brazo izquierdo amputado porque la camisa de fuerza, con fuerte ligadura, le determinó asfixia local.

Los manguillos, que constan en el inventario de mi entrega del año 1907, nunca se usaron, han aparecido nuevos, después de catorce años, en un cajón de la ropería.

Las duchas de uso diario destruídas, las circulares clausuradas.

El dormitorio para 147 locas con 2 inodoros, tres en otro para 130. El costurero, con 3 máquinas en regular estado y 4 inservibles, lucía como mesa la usada en anterior época para las autopsias.

Conviviendo con las alienadas dos muchachos de 10 y 12 años de edad. Las camas y hasta los utensilios de la sala de operaciones, incluso la mesa, pintadas con la misma pintura azul empleada en las paredes.

El llamado botiquín, situado en una covacha de un metro de ancho por dos de largo, vacía y privada de luz.

Los servicios de cocina etc., defectuosos por falta de elementos apropiados.

En el Departamento para hombres más acentuada la falta de higiene. Salones divididos en pequeños calabozos; en uno de la planta baja, sin ventilación, húmedo en demasía, estaba desde el día 6 de Agosto de 1921, durante 9 meses, un mísero loco tuberculoso llamado Etanislao Dumas—por haber extrangulado a Maximino Agueta, compañero de él en su doble enfermedad, a las once de la noche del citado día. En el expediente insruído para *procesar al criminal* no se hace constar donde estaban los empleados encargados de la vigilancia; pero los datos adquiridos señalaron como autor al infeliz Dumas y, no obstante ser un irresponsable, *su enorme delito* le hizo indigno de la conmiseración de sus guardianes, la ciencia le negó sus auxilios y fué tratado inquisitorialmente. Permítame Hon. Sr., exclamar "O rem modo visu fedam sed etiam auditu."

Súmese a todo lo expuesto el clamor general por alimentación insuficiente y queda completa la narración del desastre en el Manicomio. Las fotografías obtenidas oportunamente son mudos testigos de las circunstancias descritas y V. H. tiene también de ellas convencimiento propio por visita oficial, en su carácter de Comisionado de Sanidad.

Debo, también mencionar por ser personas de reconocida probidad que visitaron el Manicomio, en unión mía, a los señores siguientes:

Honorables abogados José Martínez Dávila, Miguel Guerra Mondragón y José de Jesús Tizol, delegados a las Cámaras Legislativas; Salvador Mestre, Attorney General; Ignacio Peñagarícano, Presidente del Gran Jurado; Doctores J. Gomez Brioso, Pedro Gutiérrez Igaravídez, José Carbonell, Esteban A. de Goenaga, José Salgado; ingenieros José Canals, Manuel Miró, Guilermo Chabert y muchas señoras y señores de toda clase de nuestra sociedad.

Debo consignar mi gratitud en nombre del pueblo de Puerto Rico al Sr. Wilson, Hon. Comisionado del Interior, que acompañado de tres empleados de su departamento, examinó todo el edificio ordenando corregir las deficiencias más ur-

gentes practicables con los recursos actualmente disponibles.

La escasez de alimentos, muebles, ropas, zapatos y demás enseres, bien sabe V. H. que se debió a incuria o apatía puesto que el presupuesto tenía un haber de ocho mil dollars para cubrir esas necesidades que inmediatamente fueron satisfechas. El encargado de la propiedad del departamento de Sanidad, Sr. Carlos López de Haro, restableció el orden administrativo auxiliado por el Sr. Antonio Cordero.

No puedo concluir sin exponer, una vez más, la imperiosa necesidad de establecer fuera de esta capital, en el campo, un edificio moderno, basado en las prescripciones que la ciencia establece para los Manicomios modelo.

Dr. Francisco R. de Goenaga,
Director del Manicomio Insular, en comisión.

DESPUES DEL PARENTESIS

Finca "La Sardinera"

Dorado, P. R.

Dr. Francisco R. de Goenaga,
Sut. od Manicomio,
San Juan, P. R.
My dear Friend Goenaga:-

I was delighted this afternon to learn of your reinstatement in your old post as Superintendent or Director of the institution where I first kenw and from which you were so unjustly evicted by a Unionist bunch fron purely partizan motives, wholly disregarding the interests of the unfortunate patients thus left suddenly without the intelligent care which only long experience enables onte to give to that class.

While in a way you have returned to your old post, you will find it a very different post from that which you left. I am sure that you will now be able not only to select the attendants an other help you need, but also to discharge any who do not perform treir office properly and yau will be able to purchase the drugs or other elements you require for treatment of your patients. If you should find obstacles in these respects, I am sure that all you wil need to do will be to expain to our sensible and efficient Head of the Island's administration any condition that may embarras you in your work and he will unquestionably help you to make your administration the most efficient and beneficial to your unhappy proteges. You will thus be able to do much more for your patients than you could in the old days with so many ods against you. With the old interest in your work revived, you will take a new lease of Life and instead of being sixty-six as you told me the other evening you will soon be in the forties as when I first knew you.

I cannot restore to you the beautiful pair of Peacocks which vacated Manicomio with you, but I will be glad to resplace them with a pair of their descendants to adorn yor patio. I was very glad to see you and Doña Pepa the other night in the Palace, but I will be more glad to again greet you in the noble institution which you formely adorned and which you will yet more adorn, since you return laden with tre fruits of many years of struggle in patience against adversity. With my best wishes for your succes and happiness and long years of the joy of work and acomplishing, I am as always, your friend,

(Signed) *Alfred T. Livingston.*

NOTA:—La anterior carta tiene el mérito de ser escrita por un alienista, due-

ño de un Sanatorio en E. U. que me hizo el honor de trabajar conmigo, gratuitamente, en esta Institución.

Omito las felicitaciones de mis conterráneos. Ellos saben que les estoy altamente agradecido.

ACTUACIONES INMEDIATAS

Al Hon. Comisionado de Sanidad,

Desgraciadamente entre los graves males, que perjudican a este Manicomio, tenemos que indicar la deficiencia de los enfermeros, en ambos sexos. La elección ha venido obedeciendo a las exigencias del servicio con remuneración escasa, y en tales circunstancias no es difícil comprender que la educación, hábitos, instrucción, costumbres, etc. no están a la altura del menor grado compatible con la moral. La ignorancia, falta de cultura, es tan crasa que la mayoría ni siquiera sabe leer y escribir. Ud., que ha practicado en buenos Manicomios, aquilatará fácilmente nuestras amarguras y las del personal ilustrado que nos ayuda en el tratamiento de los infelices locos.

Con el fin de corregir, en lo posible, la penosa situación actual, tengo el honor de acompañarle un "MANUAL" que, si bien científicamente es pobre, es muy rico en el deseo de obtener beneficios para el cuidado de los míseros enfermos que nos están encomendados.

Si tiene mi labor su aprobación sería de práctica utilidad imprimir suficiente nómero de ejemplares para repartir a los empleados con objeto de examinarlos dentro de un plazo razonable.

Respetuosamente.

Dr. Francisco R. de Goenaga,
Director del Manicomio.

Junio de 1922.

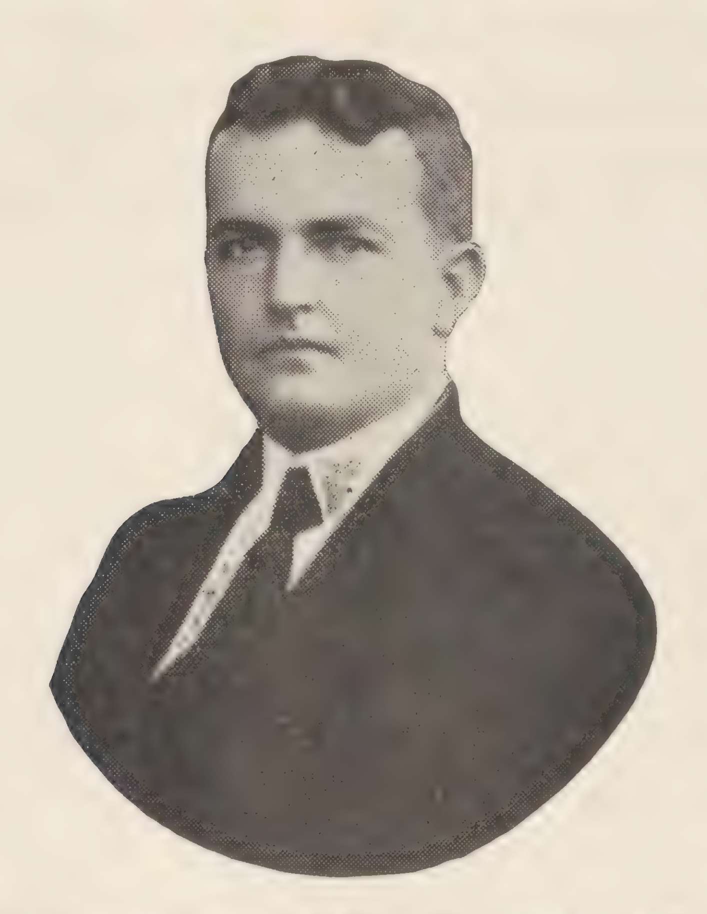
A LOS EMPLEADOS DEL MANICOMIO INSULAR DE SAN JUAN, P. R.

No hay misión más noble que laborar por la felicidad de nuestros semejantes. Esto, en tésis general, es verdad inconcusa que constituye axioma cuando aceptamos una retribución con el fin de cuidar a seres inconscientes como son los niños y locos.

La página más triste en la historia de la Ciencia Médica es aquella en que se lee la forma cruel e inhumana con que eran tratados los infelices locos, y que tuvieron su origen en la ignorancia y en la superstición. Gracias a Dios ya pasó la Edad Media y debemos dirigir todo nuestro esfuerzo al fin de evitar que se reproduzca aquella nefasta época de oscuridad y barbarismo durante la cual los locos fueron perseguidos como endemoniados o hechiceros, condenados a la hoguera o entregados a las manos del verdugo.

No es suficiente vituperar tan inhumano proceder sino que debemos odiarlo y ejercitar nuestras energías en sentido de evitar que se repita espectáculo igual o parecido al recientemente ocurrido en este Manicomio con el infeliz Etanislao Dumas que, como sabéis, ha estado encerrado en un calabozo durante ocho meses, privado de aire y de luz, no obstante su mísera condición de loco tuberculoso.

No debemos tener que lamentar otra vez caso como el de la Srta. N. N., que al tomar yo posesión como Director de este Manicomio, la encontré en la enfermería sufriendo las consecuencias de fuerte ligadura en el brazo izquierdo, por camisa de fuerza, que produjo la gangrena de la extremidad, imponiéndose la necesidad de amputarla por su tercio superior.



Perfil Biográfico del Dr. Salvador Giuliani

En Septiembre 8 de 1886 nació en Vieques Salvador Giuliani Alvarez.

Por línea directa de su padre Dn. Francisco, llevaba sangre corsa en sus venas.

Y era así, que aquel portorriqueño de nuestra biografía, mostraba en su físico, lineamientos finos de francés. Y, como llevaba estas características en su tipo y en su fisonomía, llevaba, también, en su espíritu, en lo moral, rasgos que definían un hidalgo y gentil latino, todo fineza, suavidad y cortesanía.

De niño, tuvo, entre sus maestros de instrucción, al Dr. Charles Jaspard, médico bien acreditado de aquellos tiempos, ejerciendo en Vieques y quien pudo descubrir aptitudes nada comunes y cierta precocidad, en Salvador.

Fué él, ese sábio médico, quien lo inició en los primeros rudimentos de Física y de Química y, de esa suerte, fué que los ojos de Salvador penetraron, por vez primera, en los dominios del mundo físico y de la Naturaleza, peeparándose qui-

zá, de ese modo para ir acostumbrando su espíritu a ahondar en lo incierto y desconocido de la naturaleza, donde años después, su talento médico había de adentrarse más en el estudio y observación de los misterios biológicos, que guarda el mundo de lo infinitamente pequeño.

El Dr. Jaspard no cesaba, en sus conversaciones con aquel niño precoz, de hacerle historia y comentarios, de los hombres de ciencia más famosos, sobre todo, de Médicos muy distinguidos en el campo de su ciencia. Golpeaba así, en la mente tierna del niño el estímulo de sabiduría, que aquel viejo Médico le trasmitía y ésto, un día tras otro, realizado, no es de extrañar fuera haciendo una seguhda naturaleza en Salvador y que tales estímulos, apuntaran un día, ya formales, en una vocación firme y decidida por los estudios médicos.

Fué esa, la inicial en la vocación médica de nuestro biografiado.

A la edad de nueve años, ya Salvador expresaba, que quería ser Médico.

Corrireon los años de su niñez y del 1896 al 98 inició, en las Escuelas Pías, estudios de enseñanza secundaria, interrumpidos por los azares e incidentes de la guerra hispano-americana.

Más luego, en 1899 a 1902, hizo su bachillerato en la Primer Alta Escuela de San Juan, dirigida por aquel famoso profesor Don Antonio Rosell, de muy grata memoria en el movimiento cultural de nuestro país.

Y, como otros tantos portorriqueños distinguidos, en la intelectualidad del país, tuvo también la suerte y el honor de recibir las provechosas influencias, en su aprendizaje, del bachillerato, del maestro de maestros Don Pedro Moczó Baniet.

Aventajado siempre, en sus estudios todos, sobresalió con las notas más altas, en las asignaturas de Química y ciencias naturales.

Concluídos sus estudios preparatorios, embarcó para Estados Unidos en 1903, matriculándose en la *Universidad de Maryland,* donde fué compañero de dos talentosos portorriqueños, estudiantes, a la sazón, también, de Medicina, en la misma Universidad: Dres. Jorge del Toro y López Sicardó.

Graduado de Médico en 1907, hizo sus primeras prácticas en el Hospital de la misma Universidad, como Médico interno.

Igual práctica hizo en el "Columbus Hospital" de la ciudad de New York.

Al par que ejercitaba su práctica médica, trataba de ahondar y perfeccionar en estudios y experiencias de Laboratorio.

Devuelto a su país, fué nombrado en 1910, Patólogo del *"Hospital Municipal"* de San Juan, siendo, a la vez, médico visitante del *"Sanatorio de Tuberculosos"* del *Seboruco.*

Una interinidad dolorosa, la enfermedad de su Sr. padre, le trazó derroteros a la Capital de Francia, atraído acaso, por esa fuerza misteriosa del destino, que guía e impulsa nuestros actos.

Debía ser, seguramente, en la patria del gran Pasteur, en los dominios gloriosos del más grande y revolucionario génio que tuvieron las ciencias médicas, don-

de este joven y estudioso médico fuera a perfeccionar y a ensanchar sus conocimientos bacteriológicos.

Era casual, aunque fatal y desgraciado el móvil de su viaje a París, el año 1912, acompañando al virtuoso y amado autor de sus días, enfermo y necesitado de una intervención quirúrgica. Pero, de aquel accidental viaje había de depender el gran amor a estudios y experiencias de laboraotrio, que tanto acrecentaron en su espíritu, los éxitos francos que el futuro le guardaba.

Del 1913 a 1917, trabaja con asiduo y perseverante empeño, en el *"Hospital Municipal"* de San Juan, donde organiza el Laboratorio de dicho Hospital.

Y, triunfalmente, recorriendo una senda de victorias, nunca interrumpidas, es nombrado, en 1918, Director del *"Laboratorio Biológico"* del Departamento de Sanidad Insular.

Y próxima a esta fecha, cumpliendo deberes altos e inexcusables de buen ciudadano, ingresa en el ejército americano, con el grado de primer Teniente del *Cuerpo Médico,* siendo destinado al Departamento bacteriológico del Hospital, donde se distinguió y ganó créditos de reputación por los trabajos que realizaba.

Terminada la guerra mundial y devuelto a la vida civil, fué repuesto en el cargo asignado antes, en el Laboratorio de Sanidad.

Allí continuó haciendo labor muy útil y merecedora de los más altos y lisonjeros éxitos, hasta los últimos meses de su hermosa y nunca bien llorada vida.

El año 1921 registró la Capital de Puerto Rico, un segundo brote de *Peste bubónica* y fué, en aquel momento, que el fino discurrir de su talento investigador, penetró más hondo en las obscuras incertidumbres de métodos y procedimientos diagnósticos de la terrible plaga.

A él se deben, seguramente, orientaciones nuevas a este respecto.

Y, a esas conquistas de Laboratorio, puede agregarse la más gloriosa quizá, de su especialidad médica bacteriológica: el descubrimiento, que nadie le regateará, del *granúloma venéreo.*

Podía haberse vanagloriado de muchas experiencias, pero aquel carácter dócil a la disciplina de su ingénita modestia, se lo impedía. Modesto, hasta el sacrificio, declinó el honor de la cátedra de *Patología,* que le fué ofrecido en 1924, en la *"Escuela de Medicina Tropical de Puerto Rico".*

Y fué, en 1926, la fecha en que renunció al honor más grande de su vida, cuando el *Departamento de Sanidad Insular,* de acuerdo con el Gobierno, le invitó a ir a París en comisión de servicio, para estudiar sobre el terreno, la *vacuna* de *Calmette* y *Guerin* contra la tuberculosis.

Aquel honor llegaba tarde para el ilustre compatriota. Mas que el escudo de su modestia, tras el cual se refugió siempre, lo replegaba en la impotencia para aspirar a tal honor y para servir, tan gallardamente, a la ciencia y a su país, la enfermedad, que, lenta e insidiosamente, venía minando aquella preciosa existencia.

Pero sus arrestos y la devoción a la ciencia le permitieron siquiera, hacer su

última obra: en Agosto de 1928, hacía en Puerto Rico, la primera siembra de bacilos B. C. G. en el Laboratorio de Sanidad.

Este honor debe compartirse en méritos de justicia para que así, la historia lo proclame ,que fué nuestro esclarecido médico y virtuoso hombre de ciencia, el Dr. Gutiérrez Igaravidez, quien por sus relaciones científicas con el sabio Dr. Calmette, trajo a Puerto Rico, los primeros cultivos de dicha vacuna.

* * *

Glorioso es todo el recorrido de la corta existencia del que fué de todos admirado, Dr. Salvador Giuliani, rendido en las rutas de su vida el 25 de mayo de 1929 a los 42 años de edad.

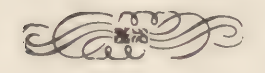
Ganó el afecto, la admiración y el cariño de sus compañeros de profesión y tuvo, así, el más justo aprecio a que puede aspirar un profesional médico: no a ser ponderado por la vocinglería insulsa y caprichosa, siempre equivocada de la popularidad, sino por el juicio discreto, justo y meritorio de toda la clase médica.

Conquistó ése, que era su mejor y más valioso galardón y se rindió vencido, en época temprana de su vida, cuando, aún le aguardaban grandes y gloriosos triunfos médicos.

Esta es, brillante el perfil biográfico del Dr. Salvador Giuliani, cuya memoria destacada de modo tan brillante, en el cuadro de honor de "La Asociación Médica de Puerto Rico", perdurará, siempre, en su historia, como perdurará, vivo su recuerdo, en la memoria de los que fuímos sus devotos amigos y admiradores.

Dr. M. Quevedo Báez.

9 de Julio, 1929.



BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

PUBLICADO CADA DOS MESES BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA.

Año XXII.	MAYO Y JUNIO DE 1929.	Núm. 171.

ESTUDIO ROENTGENOLOGICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR

DR. JOSE IGARTUA.

No es mi objeto en este trabajo restarle importancia a la clínica ni al laboratorio en el diagnóstico de la Tuberculosis pulmonar, pues una historia bien tomada y un exámen minucioso son indispensables para por lo menos llevar al internista a sospechar la presencia de esta enfermedad. No menos importante es el exámen bacteriológico como medio comprobatorio, pues la presencia del Bacilo de Koch es la evidencia más positiva de la presencia de esta enfermedad. Pero el exámen radiográfico, como medio de confirmar el diagnóstico en casos incipientes y moderadamente avanzados, cuando aún no aparece el bacilo en el esputo, y como una ayuda para seguir el proceso de la enfermedad durante su tratamiento, tiene un valor inestimable.

Los pulmones, debido a su estructura peculiar y al aire que contienen se prestan más que ningún otro órgano a revelar en una placa lesiones por pequeñas que sean. La Tuberculosis es en realidad la única enfermedad cuya patología podemos estudiar en el ser vivo y seguir la evolución de las lesiones, bien sea si tienden a resolverse, desintegrarse o a la fibrosis.

Antes de empezar la discusión de las lesiones tuberculosas, es bueno tener una idea de lo que se puede considerar un pulmón normal. En el adulto, estrictamente hablando, esto no existe. Wallace, del Hospital Metodista Episcopal de Brooklyn, describe un Tórax normal así: " un tórax normal no mostrará distorción ni exageración del árbol bronquial. Los vértices deben estar bien aereados y no mostrar sombras de ninguna clase. Las bifurcaciones del bronquio inferior derecho se verán claramente, y el arco diafragmático se mostrará limpio y libre de toda sombra, y la pleura debe estar uniformemente alumbrada en todo el Torax." Este mismo autor, en los últimos 10,000 casos de placas de pecho, no recuerdo uno solo que no mostrara evidencia de patología actual o anterior. Un comité nombrado por la Asociación Nacional de Tuberculosis, (entre cuyos miembros estaban los eminentes radiólogos Drs. Pancoast, Baetger y Dunham) par estudiar el Tórax normal en los adultos adoptó el término saludable en lugar de normal, debido a la dificultad en encontrar pechos que no mostraran evidencias de lesiones anteriores.

Las lesiones Tuberculosas pueden clasificarse en la manera siguiente: 1.—Glándulas hiliares y peribronquiales. 2.—Aba-

nicos. 3.—Moteado o bronconeumonia caseosa. 4—Cacerna. 5—Fibrosis.

La presencia de glándulas calcificadas en los hilios y regiones peribronquiales en los niños tiene mucha importancia, pues en general las lesiones son activas y progresivas a menos que no se trate el paciente debidamente. El. Dr. Opie, en un estudio P. M. de 100 niños muertos de distintas enfermedades, y que presentaban ganglios con evidencia de calcificación en los roentgenogramas, encontró que estos ganglios calcificados eran invariablemente causados por Tuberculosis. Mostraré varias placas de niños que muestran infiltración peribronquial y ganglios calcificados, todos los cuales presentaban clínicamente fiebre baja, taquicardia, tos, cansancio, etc. En uno de los casos que hice la prueba de Von Pirquet, dió un resultado fuertemente positivo.

La presencia de estos ganglios en los adultos, sin embargo, es casi invariable y solo indica una infección anterior que casi siempre ha curado ya. En muchos casos esto es más bien evidencia de que el paciente ha adquirido alguna inmunidad a la Tuberculosis, y no tienen mayor importancia que la prueba de Von Pirquet.

La primera reacción de los tejidos a la implantación del Bacilo de Koch es un exudado. Como generalmente esta implantación ocurre cerca de la pleura, este exudado está limitado por las trabeculas o septos interlobulares, formando por tanto un área de pulmonía lobular. Este exudado es generalmente seroso, pero cuando la infección es severa puede ser polimorfonuclear y más tarde mononuclear. Estas células forman más tarde el Tubérculo. Estas áreas de pulmonía lobular se ven en la placa como sombras cónicas o en forma de abanico, variando su densidad según el carácter de la infiltración, desde la del exudado seroso que es la menos densa, siguiendo luego las de los exudados celulares, después la de fibrosis o caseación, y por último las calcificadas. Es la presencia de más de un abanico mostrando estas densidades variables lo que es típico de la Tuberculosis, pues un solo cono puede ser producido por otras infecciones. Muchas veces en la punta del cono se encuentra un racimo de glándulas. A veces al curar el paciente se absorbe el exudado y sólo quedan las sombras lineares que lo limitaban, pudiéndose éstas verse en casos arrestados. Desgraciadamente rara vez llegan a nosotros los casos tan tempranos, y tengo muy pocas placas que muestren abanicos típicos.

La segunda fase del proceso patológico es la formación de tubérculos, y éstos en la placa aparecen con el bien conocido moteado. Esto representa en realidad una bronconeumonía caseosa, lesiones muy activas y progresivas, y las cuales de no tratarse el paciente van a la cavitación. De tener éxito el tratamiento viene la fibrosis, o sea el esfuerzo de la naturaleza por aislar el foco con tejido cicatrical. La fibrosis se muestra en la placa por sombras lineares más o menos densas, cuya densidad aumenta según es más eficiente la barrera, hasta la calcificación. Muchas veces el proceso fibroso y el caseoso van juntos, y tenemos quizás el cuadro más común o sea el de los procesos fibrocaseosos.

Graeff en 1921 afirmó que la caverna tuberculosa es la sentencia de la muerte del paciente, y aunque esta afirmación sea demasiado drástica, especialmente si no se especifica el tamaño de la caverna y la posibilidad del tratamiento quirúrgico, la verdad es que este dicho no ha podido modificarse a pesar de todas las discusiones que ha traido durante los úl-

timos nueve años. Es indudable, que algunas cavernas se cierran espontáneamente o bajo tratamiento, y que la presencia de una caverna es compatible con una vida relativamente prolongada pero más tarde o más temprano el paciente muere de Tuberculosis.

Hay tres variedades de cavernas. (1) Cavernas múltiples, pequeñas en un area de parénquima muy infiltrada, dando la apariencia de un area apolillada (moth eaten) (2) Cavernas bien definidas, redondas u ovaladas, con bordes finos o infiltrados. (3) Cavernas con bordes gruesos e irregulares, de formas atípicas, y con grandes irregularidades en sus paredes. De estas cavernas la primera clase ofrece el peor pronóstico, pues indica que no hay defensa de ninguna clase. El segundo tipo, que más se ve en la región infraclavicular, requiere una observación cuidadosa a intervalos cortos, pues estas cavernas a veces ofrecen cambios muy rápidos bien sea una obliteración inesperada o un aumento de tamaño súbito. Debe diferenciarse la caverna de bordes finos de areas de enfisema subpleural que ocurren amenudo en casos de asma o enfisema. La ausencia de otras lesiones tuberculosas creo sea suficiente para diferenciarlas. También la caverna de bordes más gruesos debe diferenciarse de los abcesos pulmonares, por las mismas razones expuestas antes. El tercer tipo, o sea la de los bordes gruesos e irregulares, ofrece muy poco cambio, y muy pocas probabilidades de cerrar espontáneamente. En realidad está rodeada de tejido fibroso.

No debo terminar esta reseña de las lesiones tuberculosas del pulmón sin mencionar las Tuberculosis de la base, de las cuales aunque son rara en los adultos he tenido algunos casos. Su diagnóstico es muy difícil debido a que a veces presentan muy pocos síntomas. También debo mencionar la Tuberculosis miliar, la cual se muestra en la placa como un moteado fino y abundante en todos los campos pulmonares.

Considero que la ayuda que presta el radiólogo al clínico no termina con el diagnóstico, sino que es quizás más importante seguir la patología del proceso durante el curso del tratamiento, y hacer recomendaciones con respecto a la duración del reposo, etc.

Informe de Casos. No. 183. J. R. F. Este paciente, estando en aparente buena salud estuvo un esputo con sangre después de una tos violenta. La cantidad de sangre fué mucho menos de una cucharadita. La auscultación era completamente negativa. El examen radiográfico mostró una pequeña area de moteado en el vértice derecho. Había un abanico en el primer espacio intercostal. Un mes después de un tratamiento de reposo y calcio, mostró el abanico con mucha más densidad, y calcificación de una de las motitas, las otras habiendo desaparecido. El paciente ha seguido completamente bien durante estos dos años.

No. 206. E. B. Joven de 21 años, casada, esposo habiendo estado Tuberculoso. Por las últimas tres semanas se ha sentido "sin ánimo", con catarro, anorexia, y alguna elevación de temperatura por la tarde. Ttemperatura 37.3, pulso de 100. Auscultación completamente negativa. Examen radiográfico muestra un un area en forma de abanico debajo de la clavícula izquierda con alguna tendencia a motearse. Después de dos meses de reposo absoluto fué dada de alta, habiendo seguido bien desde entonces.

No. 176. M. P. Joven de 24 años, casada, en enero de 1927 se quejaba desde hacía dos meses de fiebres vespertinas,

sudores nocturnos, estaba afónica, tos y mucha debilidad. Examen mostró estertores subcrepitantes en el vértice izquierdo. Temperatura a las 11 A. M. 38.2, pulso 120. Este caso clínicamente era de Tuberculosis avanzada. Después de tres meses de reposo había mejorado, siendo 110, la afonía había desaparecido y la auscultación sólo mostraba estertores inconstantes en el vértice izquierdo. Una placa tomada en esta fecha mostró evidencia de actividad en el pulmón izquierdo, las lesiones del derecho siendo en su mayor parte fibrosas. Recomendé por tanto dos meses más de reposo, habiendo seguido después de esto la paciente bien hasta la fecha.

No. 382. R. M. Hombre de 44 años, casado, de color,. En Octubre de 1927 tuvo una "grippe". El examen clínico mostraba estertores suncrepitantes y sibilantes en ambos vértices. Después de algunas semanas de reposo estos signos aclararon. Una placa tomada en esta época mostró muy pocas lesiones. En agosto de 1928 tuvo una pleuresía seca en el lado izquierdo que también aclaró rápidamente. El paciente no siguió mis instrucciones debido a sus ocupaciones de comerciante. Para este tiempo una de sus hijas de 13 años, desarrolló una Tuberculosis con lesiones en el pulmón derecho, pero muy poca reacción febril. En Septiembre 29 pasado tuvo el paciente una hemoptipsis como de un litro, seguida de otras bastante abundantes hasta Octubre 8 en que cesaron. Una placa tomada en Nov. mostró una pulmonía caseosa interesando casi todo el pulmón izquierdo y lesiones menos avanzadas en el derecho. En exámenes subsecuentes se nota alguna mejoría, pero se empieza a iniciar síntomas gastro-intestinales, lo cual hace el pronóstico algo dudoso en este caso.

No. 388. P. G. Esta placa es interesante, pues muestra la curación de un caso moderadamente avanzado en el corto espacio de tres meses de reposo. Este caso fué referido por un compañero que tiene la primera radiografía tomada.

Comentario:—Los primeros dos casos son incipientes con distintos tipos de iniciación, uno por hemoptisis y el otro por síntomas catarrales y adinamia. El tercer caso era una Tuberculosis moderadamente avanzada pero con tanta actividad que clínicamente semejaba un caso avanzado. La radiografía tomada después de tres meses de reposo, nos sirvió de base para prolongar el tratamiento, mostrando que aún quedaban lesiones activas. Los últimos casos hablan por sí mismos. He tratado en este trabajo de traducir las sombras que aparecen en pulmones de Tuberculosos en lesiones patológicas, es decir, estudiar patología en el ser vivo. (living pathology). Si he conseguido demostrar la importancia de controlar el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis como único medio de seguir el curso de la enfermedad, consideraré suficientemente recompensado este humilde esfuerzo.



CLINICAS del HOSPITAL MUNICIPAL de SANTURCE

ESTUDIOS DE DOS CASOS DE ANEMIA (*)

Drs. Ramón M. Suárez—P. Morales Otero—R. Rodríguez Molina.

Rafael Rodríguez:—50 años; zanjero; natural de Guaynabo.—Ingresó en el hospital el día 4 de febrero.

Desarrolo y curso de la enfermedad:—Hace como un año el paciente empezó a sentir después de las comidas el estómago sumamente lleno y flatulencia. También se le presentaron diarreas. No tuvo nunca vómitos ni náuseas. Perdió el apetito y temía comer por el malestar que sentía después de haber comido. La sensación de malestar en el epigastrio le duraba como una hora más o menos después de las comidas. Frecuentemente tenía evacuaciones inmediatamente después de comer. Estas evacuaciones eran líquidas, espumosas, color normal, conteniendo a veces mucosidades, llegaron a ser de diez a veinte durante el día, y de tres a cinco por las noches; siempre acompañadas de mucho tenesmo y sensación de quemazón en el recto.

Muchas veces sufría inflamación de la boca, y la lengua la sentía sensible e irritada.

No toleraba ninguna clase de condimentos ni ácidos en las comidas. Arroz, habichuelas, pan, papas y cualquier comida con grasa empeoraban su condición. Se sentía mejor cuando comía yautías, plátanos y guineos. Nunca tuvo sangre en las evacuaciones.

El paciente no ha trabajado durante los últimos meses, porque se sentía bastante mal y le daban mareos con frecuencia. Después del ciclón estuvo en tratamiento para la anemia en Guaynabo, pero se sintió peor. Llegó a tomar nueve purgantes para la uncinariasis en los últimos cuatro meses.

La dieta diaria del paciente, consiste en arroz, habichuelas, bacalao, yautías, patatas y alguna que otra vez vegetales verdes, como lechugas y tomates. La carne una vez a la semana si acaso. Leche y huevos eran artículos de lujo, especialmente después del ciclón.

Historia pasada:— Enfermedades propias de la niñez. Por lo demás negativo.

Historia familiar:—El padre murió a los 75 años, causa desconocida.

La madre a los 85; tampoco sabe de qué murió.

No tiene hermanos. Dos hermanas viven y gozan de buena salud.

El paciente es casado. La esposa no ha tenido abortos y los hijos están en buena salud.

SISTEMAS:—

Respiratorio:—Negativo, excepto por algún catarro, poco frecuentes.

Cardio vasrular:—Alguna edema de las rodillas y mareos a vedes.

Gastro Intestinal:— Apetito bastante bueno, pero no podía comer debido al malestar en el epigastrio y a la irritación en la boca. Las diarreas continúan tales como fueron antes descritas.

Piel:—Pigmentación bronceada, descamación de la piel de ambas piernas.

(*) Presentados en las reuniones mensuales de la facultad del Hospital.

EXAMEN FISICO.

Presión sanguínea:—118|70 (Acostado) Pulso 68. Respiración 18.

El paciente es un portorriqueño como de 60 años de edad, blanco, muy pobremente nutrido y desarrollado. Apariencia anémica y con tinte color limón en la cara, pecho y abdomen. Las conjuntivas están muy pálidas.

La lengua un poco colorada e inflamada. Su superficie es suave y brillosa. Las papilas atrofiadas.

El pecho tipo barril, o sea: diámetro antero-posterior aumentado.

El corazón y los pulmones aparentemente negativos.

Las paredes abdominales son blandas y algo prominentes.

La matidez del hígado se extiende desde la sexta a la novena costilla a lo largo de la línea axilar anterior y su borde inferior no se palpa. Hay un desgaste notable de los músculos del pecho, brazos y piernas.

Reflejo de la rótula ausente, también el plantar, cremásterico y abdominal. Aparentemente no hay pérdida de sensación ni en las piernas ni en los brazos.

Signo de Romberg: negativo.

Al tacto rectal se encuentra una próstata algo grande, pero que no demuestra estar enferma.

EXAMENES DE LABORATORIO

Excreta: Negativa para parásitos intestinales en dos ocasiones.

Orina:—Albúmina, negativa; Azúcar, negativa; Sedimento, ligero exceso de piocitos.

Secreción duodenal:

Reacción, alcalina.

Color verde obscuro.

Células epiteliales del tipo cuboide, muy numerosas.

Bacterias en forma de bacilos y de cocos.

No hay sangre, ni parásitos.

Contage leucocitario, 3500; Diferencial: Polys, 60%; Linfo, 40%.

Marcada anisocitosis y poikilocitosis, predominando los macrocitos.

JUGO GASTRICO

Acido: clorhídrico libre: marzo 7:0; marzo 19:0; mayo 2:0.

Combinado: marzo 7:3; marzo 19:3; mayo, 2:0.

Acidez total: marzo 7:3; marzo 19:7; mayo 2:10.

SANGRE

Hemoglobina: febrero 6: 20%; febrero 15; 30% marzo 1; 45%; marzo 29; 45% abril 10; 50%; mayo 2; 70%.

Glóbulos rojos: febrero 6; 1,050,000; febrero 15; 1,100,000; marzo 1; 1,500,00; marzo 29, 1,840,000; abril 10, 3,000,000; mayo 2; 4,000,000.

Valor globular: febrero 6, 20; febrero 15, 22.

Indice de color: febrero 6, 1; febrero 15, 1.2; mayo 2; 0.8.

Contage de reticulocitos: marzo 11, 0.7%.

Indice ICTERICO, 2.

Reacción KAHN, negativa.

Radiografía de la vesícula biliar, normal.

COMENTARIOS:

Nos hemos decidido a presentar este caso por la frecuencia con que los estamos viendo en Puerto Rico y porque consideramos que en este síndrome "espruico" de estomatitis, glositis, diarrea y anemia grave de tipo Addisoniano, no se

ha dicho aún la última palabra. Como tampoco se ha dicho en la misma anemia perniciosa que se conoce desde mucho más tiempo y ha sido cuidadosamente estudiada e investigada; no solamente existen grandes lagunas que llenar con respecto a su etiología, sino hasta la misma acción básica o explicación científica del tratamiento por medio de la dieta Minot-Murphy, se desconoce.

En este paciente podemos,, a nuestro juicio, excluir la presencia de malignidad en el estómago o en la próstata, como también la anemia producida por el botriocéfalo latus. Una gastritis crónica o alcohólica que podrían explicar la aquilia gástrica se excluyen por la historia y sintomatología del caso y alguna patología de la vesícula biliar por el estudio radiográfico a que fué sometido este enfermo. No hemos hecho pruebas de la capacidad funcional del hígado, pero las de la tolerancia para la levulosa, la de Van de Bergh, la del nitrógeno y la bromsulfotaleina fueron practicadas en 15 casos de "sprue" en la India y encontradas negativas, según lo informa Carmichael Low del "London Hospital for Tropical Diseases."

En favor de nuestro diagnóstico de "sprue" tenemos no solamente la historia clínica típica, sino el examen físico: la lengua característica, la pérdida de peso, la disminución en la matidez hepática, las diarreas espumosas y la anemia. Los mismos análisis del laboratorio confirman también nuestro diagnóstico, sobre todo si recordamos que no es raro encontrar en esta enfermedad una ausencia de ácido clorhídrico libre.

Pero la sintomatología cabe perfectamente también dentro de un posible diagnóstico de anemia perniciosa que lo confirmaría el índice de color alto, la persistencia de la aclorhidria, la macrocitosis y los síntomas pseudo-tabéticos: adormecimiento de las extremidades inferiores y la ausencia de reflejos en las mismasmas. Debemos recordar que la presencia de megaloblastos no es patognomónico de anemia perniciosa. Por lo tanto las únicas diferencias son: la emaciación en los casos de "sprue" y una menor alteración morfológica en los hematiées. Diferencia ésta que es solamente de grado o cantidad.

Tenemos aquí un paciente que presenta el cuadro hematológico de anemia perniciosa, todos los síntomas y signos de "sprue" y que da una historia larga y mucho más notable después del ciclón de San Felipe de una alimentación muy deficiente, si no en el número de calorías, sí en la presencia de la vitaminas y sobre todo (y esto es lo que se nos ocurre más importante) en la cantidad y calidad de los alimentos protéicos ingeridos. Recordemos que la proteina es el único elemento en nuestros alimentos que puede reemplazar el desgaste continuo de las células del cuerpo y formar nuevos tejidos.

Analicemos ligeramente la dieta de este *enfermo durante casi toda su vida*: café negro con una o dos cucharaditas de azúcar y un pedazo de pan blanco como de un ¼ libra. La proporción de proteinas en el pan es de 9.2%. Al almuerzo arros y habichuelas, algunos vegetales o viandas y algún maíz. Por la noche un "guiso" con arroz, gandules, ñame, patatas, yautía y calabazas. A esto se le agrega un pequeño pedazo de no más de una onza, de jamón o tocineta, uno o dos tomates y alguna que otra substancia como condimento. No más de una vez a la semana dos onzas de bacalao que tiene aproximadamente la misma cantidad de proteinas que las habichuelas. El maíz contiene 9.2% de pro-

teina, las habichuelas 22.5%, el arroz 8%, las legumbres y vegetales alrededor de 1.8. Nosotros calculamos que el número de calorías que representa la dieta de nuestros jíbaros sobrepasa de 3,500 y que solo 7% de sus alimento es proteico, haciendo sin embargo, un total de 70 a 90 gramos de proteinas ingeridos en el día. Esta cantidad parece ser suficiente si consideramos correctas las conclusiones de Chittenden y de Sherman, quienes sostienen que una cantidad de 50 a 75 gms. diarios es suficiente para el adulto normal. Pero la experimentación en animales sugiere que para mantener un continuado vigor y una longevidad normal la dieta debe proveer no menos de 100 gramos de *buena* proteina y según las observaciones de Voit las necesidades nutritivas del hombre de 3000 calorías, las debe producir 118 gms. de proteinas, 500 gms. de carbohidratos y 56 gms. de grasas. De manera que la dieta de nuestro jíbaro pobre adolece no solamente de una menor cantidad de proteinas, sino que las proporciones óptimas de los diferentes elementos está tan alterada que los carbohidratos por regla general pueden calcularse en libras y no en gramos.

Pero no debemos olvidar la calidad de las proteinas. La clase y el número de los "amino acids" que se derivan de los distintos alimentos es lo que determina el verdadero valor nutritivo de la proteina. La proteina de las legumbres y los cereales tiene un valor biológico muy bajo y por consiguiente otros "amino acids" esenciales para la reconstrucción de los tejidos tienen que ser necesariamente suplidos al organismo en la leche, carnes y huevos.

A la luz de recientes experimentos con el tratamiento de la anemia perniciosa por medio de hígado, tenemos que recordar el papel importante que probablemente juegan en la nutrición, los componentes minerales de las proteinas de alto valor biológico, especialmente el cobre.

Creemos como Koessler y Maurer creen en anemia perniciosa y en contra de la pinión de Cornell de Jons Hopkins, que el problema principal en nuestras anemias graves es uno de NUTRICION.

Segundo caso:—

Miguel Rivera: 52 años de edad; jornalero; nació en Carolina, pero ha vivido en Santurce durante los últimos dos años. Ingresó el 11 de marzo de 1929.

Síntomas predominantes: Debilidad general, cansancio y frequentes accesos de mareos durante los últimos seis meses. Edema de las piernas y del brazo derecho; insensibilidad de la pierna y brazos izquierdos durante los últimos dos meses.

Desarrollo y Curso de la Enfermedad: Esta enfermedad le empezó de manera insidiosa. Unos días después del ciclón de Septiembre 13, empezó a notar cansancio y debilidad general mientras trabajaba y por la noche. Este estado continuó tan fuerte que en una ocasión tuvo que ser trasladado a su casa desde el sitio donde trabajaba. Durante los últimos dos meses no ha podido trabajar pero tampoco ha guardado cama. No ha habido verdadera disnea al ejercitarse pero sí una sensación de cansancio cada vez que trata de hacer algún trabajo. Edema de las piernas durante los últimos dos meses, empeorándose durante el día mientras camina y mejorando de noche cuando se acuesta. No hay edema de los genitales, ni se nota ascitis.

El brazo derecho que también estaba edematoso ha permanecido sin cambio alguno durante esta temporada. La insensibilidad del brazo y la pierna iz-

quierdos es persistente, aunque a veces ha tenido alguna sensación. No hay historia de afonía ni ronquera durante el curso de esta enfermedad.

Enfermedades anteriores: Negativo; siempre gozó de buena salud. No hay historia de ataques de linfangitis.

Historia Familiar: Sin importania.

Sistemas:

Cardio Vascular: No hay historia de dolores de cabeza.

Respiratorio: Negativo.

Gastro Intestinal: El apetito se ha mantenido bien durante la enfermedad; una evacuación diaria; no hay historia de diarrea ni de sangre ni mocosidad en las evacuaciones. La alimentación del paciente consiste casi en su totalidad de ARROZ, HABICHUELAS Y ALGUNOS VEGETALES. Carne, huevos y leche son artículos de lujo para él.

Génito Urinario: Niega enfermedad venerea. Se levanta cuatro o cinco veces en la noche a orinar. No tiene dificultad alguna a la micción.

Nervioso: Insensibilidad del brazo y pierna izquierdos que le molesta bastante. No hay una verdadera pérdida de sensación ni hay parálisis. No hay parestesia.

Habitos: Toma una taza de café al día. No usa alcohol. Fuma muy poco. El paciente es soltero pero ha tenido 23 hijos con nueve mujeres distintas.

Ha sido la costumbre del paciente durante toda su vida dormir apoyando su cabeza en su brazo derecho.

EXAMEN FISICO

Presión sanguínea: Sentado, brazo derecho 152-86 mm, brazo izquierdo 150-90 mm.

Portorriqueño, de color, como de 50 años de edad, ligeramente pálido, bastante bien nutrido y desarrollado, acostado tranquilamente en su cama sin tener aspecto de enfermedad aguda o estado alguno que le cause molestia. Aparentemente no hay ninguna anormalidad grande en su cuerpo. La cara es llena y simétrica. No se aprecia edema alguna. Las pupilas son iguales y responden de manera vaga a la luz y acomodación. Hay marcada palidez de las conjuntivas y de las membranas mucosas de la boca y de la lengua, ésta última aparece cubierta por una capa blanca.

No se ve icteria de las escleras. La garganta negativa. Hay infección en las encías. Faltan algunos dientes y otros están careados. El pecho está bastante lleno y desarrollado. Es simétrico. Y los movimientos respiratorios son iguales y bastante buenos en ambos lados.

Corazón:La punta se nota en el quinto espacio como un centímetro más abajo de la línea media clavicular. A la percusión no aparece haber dilatación del corazón. No hay soplos; los sonidos del corazón se oyen algo distantes pero claros y de buen tono y ritmo. No se aprecia dilatación del ventrículo derecho a la percusión.

Pulmones: Los movimientos respiratorios son iguales en ambos lados. Percusión y auscultación negativos.

Abdomen: Pared bastante bien nutrida. No se encuentra tumoración ni sensibilidad. La matidez del hígado se extiende de la sexta a la novena costilla a lo largo de la línea axilar anterior.

Extremidades: El brazo derecho comparado con el izquierdo.—Entre la axila y el codo: Brazo derecho 10½" Izquierdo 8½"

Alrededor del ante-brazo derecho: 10 3/4"

Alrededor del antebrazo izquierdo 9"

Muñeca: Brazo derecho: 7"

Brazo izquierdo: 6"

No hay hipertrofia de las glándulas en el brazo derecho. No se nota ninguna esclerosis en las arterias radial o braquial. No hay *"tremor"* de los dedos de las manos. Los dedos no son en forma de bastón.

No hay edema de las piernas y los pies. La piel de la cara exterior de ambas piernas es áspera. Escama y pigmentación aumentada.

No hay zonas de parestesia y no se nota ninguna alteración en la sensación.

Reflejos:—Los de la rótula ausentes. Los abdominales y cresmatéricos negativos. No hay ningún reflejo patológico. No se hizo examen prostático. Examen radiográfico del pecho demuestra hipertrofia del corazón; pulmones normales (no hay costilla cervical).

Exámenes de Laboratorio:

Orina. Albúmina ..negativo
Azúcar ..negativo
Sedimento ..Algunas células epiteliales
Ligero exceso de piocitos
Otras estructuras normales.

Excreta.. Ovas de Uncinaria... pos.—
Mayo 2 Positiva

Química de la sangre:

Nitrógeno no protéico	22.5 mgm.
Nitrógeno ureico	12.5 "
Creatinina	1.2 "
Acido Urico	2.3 "
Azúcar	120.0 "

Prueba de Kahn ....NEG.
Contage leucocitario total ... 8960

Polis . . .	75%
Linfo . . .	18%
Grandes . .	4%
Mono . . .	3%

SANGRE	Mar. 13/29.	Mar. 29	Abril 10
Hemoglobina (Talqwist	10%	35%	70%
Corpúsculos rojos	950,000	,1900,000	3,500,000
Valor globular.	16%		
Indice de color	0.9	0.9	

No se encontraron normoplastos ni megaloblastos, pero si una marcada anisocitosis y poikilocitosis.

JUGO GASTRICO.	Mar. 16	Mar. 26	Mayo 2
Acido clorhídrico llbre	0	0	14
Accidez combinada	0	0	14
Accidez total	4	2	33

Examen de sangre para embrios de la FILARIA . . . . negativo
Contage de RETICULOCITOS. . . . .Mar. 27 . . . . 2.4%
Exudado nasal para B. de HANSEN Indice Ictérico 2
. . . . Negativo

COMENTARIOS:

Este paciente presentaba al ingresar y durante algún tiempo después, el cuadro hematológico de una severa anemia secundaria y de una aquilia gástrica, una edema persistente del brazo derecho y abundantes ovas de uncinaria en las heces fecales. El paciente también da una prolongada deficiencia en su alimentación ("Nutritional Umbalance").

Lamentamos no haber hecho un contaje del número de parásitos en la excreta. ¿Podría ese mismo número de parásitos producir una anemia tan severa? La hubiera producido si el paciente hubiese estado bien alimentado? Aquí tenemos un paciente cuyo cuadro hematológico ha mejorado notablemente y en cuyas heces fecales TODAVIA se encuentra abundante número del anquilostoma. (Debemos confesar que se le han administrado dos tratamientos insuficientes de quenopodio, pero que también tenemos en record un número de casos de personas acomodadas cuyas excretas aparecen fuertemente infectadas, que nunca habían tenido tratamiento vermífugo, y cuyas hemoglobinas no bajan de 75 a 80%, ni los corpúsculos rojos de 3,500.000 a 4,000,000.)

Esto nos hace creer (y trabajamos para probarlo en el futuro) que la uncinaria "per se" no produce esas gravísimas anemias, Y QUE EL FACTOR MAS IMPORTANTE EN LA PRODUCCION DE LAS MISMAS EN PUERTO RICO ES LA DIETA DEFICIENTE.

DIVAGACIONES ROENTGENOLOGICAS

P. R. CASELLAS, M. D.

Thales, el filósofo griego, uno de los sabios, descubrió la electricidad. Observó que al frotar dos pedazos de "electron" era posible con ellos el atraer ciertos cuerpos ligeros. Sin embargo, murió sin saber que al frotar el ámbar creaba un potencial diferente a los objetos cercanos, atrayéndolos. Atribuyó el fenómeno a la creación de un alma que le daba vida al electron. Explicaciones misteriosas de misteriosos tiempos! Esto ocurría en el año 1572 A. D. 500 años más tarde, Plyni descubrió otras substancias de análogas propiedades. Tal el avance de la electricidad en 500 años!

En 1752 de esta era cristiana, Benjamin Franklin dió por vez primera una explicación científica de la fuerza eléctrica, así desafiando con su saber, enseñanzas bíblicas. Desde entonces ni el rayo ni el relámpago son considerados como una expresión de la ira divina!

El día 4 de diciembre del año 1895 William Konrad Von Roentgen anunció al mundo por conducto de la Sociedad físico-médica de Wurzburg, el descubrimiento de los Rayos X. Este descubrimiento como por encanto, monopolizó la atención de los hombres de ciencia a través del mundo entero. Físicos, ingenieros electricistas y médicos, comenzaron inmediatamente a experimentar e investigar. La primera etapa del arte roentgenológico había comenzado. Una etapa llena de optimismo, de entusiasmo sin límites, y de grandes esperanzas; en cuyo ambiente el experimentador tuvo que luchar con un agente casi misterioso, de propiedades físicas desconocidas, y muy diferente a todos los rayos conocidos. En un espacio de tiempo increiblemente corto los Rayos X aparecieron como un factor indispensable en el examen de fracturas, dislocaciones y cuerpos extraños. Mas esto no satisfizo. La ciencia médica demandaba algo fenomenal de tan maravilloso agente y el entusiasmo cedió a la apatía. De repente como tremendo cataclismo brotaron a la superficie los efectos biológicos destructores de la radiación. Experimentadores y enfermos se encontraron, sin el más leve aviso, con dolorosas quemaduras, como si fuera maldición del cielo. Así se inició la segunda etapa.

La tristeza del momento no desanimó a un grupo de Radiólogos Médicos, muchos de los cuales hicieron el sacrificio supremo. Los que viven, como Baetjer, viven una vida de sufrimientos llevando consigo, como pesada cruz, las marcas indelebles de la mutilación, Marcas que deben hacernos recordar constantemente su generoso sacrificio. Sus nombres no debieran olvidarse! Sus desvelos y valor inaudito mantuvieron encendida la luz de los rayos de Roentgen mas aún, durante este período de desconfianza, la hicieron relucir de vez en cuando con brillantez extraordinaria. El entusiasmo desmedido de nuestros precursores casi dió fin al arte roentgenológico en su infancia. Veintinueve años han pasado desde que la primera chispa de rayos x fué descubierta. Ocho de estos años se perdieron en la incertidumbre de oscuros días, de predisposición funesta; sin embargo cuán asombroso el progreso enorme de la Roentgenologia!

La imaginación del científico supera francamente a la del poeta, no sólo en el campo de la fantasía sino que ciertamente en su ejecutoria práctica. La imaginación de La Place viajó hacia los cielos infinitos e hizo posible medir las estrellas como con un metro, analizarlas como en un tubo de prueba y pesarlas como en una balanza. En el microcosmo, la imaginación inspirada de Luis Pasteur descubrió millares de microorganismos cuya acción constructora y destructora forman parte íntima de la ciencia médica. La imaginación de Harvey desechó un sin número de caminos trillados por otros y explicó el problema fisiológico de la circulación de la sangre. Así, la imaginación científica de Von Roentgen se atrevió a soñar en lo que entonces era una heregía científica: la luz invisible.

En la hora presente nos encontramos en una etapa repleta de realidad: la tercera etapa, conservadora exacta y optimista. Los médicos ya no ven en su colega el Roentgenólogo, a uno que quiere arrebatarle sus dominios con arma peligrosa, ni le califican de simple fotógrafo, más bien le consideran como hermano, también hijo de Hipócrates, viajando de brazos con sus otros hermanos, el clínico, el cirujano, el patólogo, etc., a través de los campos diagnósticos, tan oscuros aún! Por otra parte el Roentgenólogo ha llegado a la conclusión definitiva que su arte no es una ciencia exacta, de que su opinión a veces, es de gran valer pero no infalible. Se da cuenta de que ocupa en la práctica de la medicina una posición de gran responsabilidad. Sabe que su trabajo es de valor solamente cuando ayuda a su colega a establecer un diagnóstico definitivo. El Roentgenólogo cumple su misión cuando presenta al médico una descripción exacta de lo que el examen radiológico arroja. Después de haberse ganado la confianza de sus colegas, por la exactitud de sus métodos y solidez de criterio, obtendrá cooperación sincera así dándole mérito e importancia al examen radiológico. Escribimos una vez, que cuando hay que divagar por el campo de la adivinación, el Roentgenólogo debe ceder al Clínico quien no solamente tiene a mano la historis clínica, la sintomatología y el resultado del examen físico del enfermo, sino también los informes de otros laboratorios. Por esta misma razón creemos que cuando hay disparidad de opinión entre un clínico y un Roentgenólogo, de igual habilidad, el clínico, por regla general, está en lo cierto.

Nosotros como Roentgenólogos, debemos tener siempre en cuenta que la imagen radiológica, como la sombra de la luz, es la resultante de la intercepción, de un objeto y que no siempre esa sombra revela la naturaleza del objeto que la proyecta. En el examen del tórax, después de practicar estudios fluoroscópicos y radiográficos cuidadoso no es posible siempre hacer un diagnóstico exacto sin traer a nuestra ayuda el cuadro clínico. Esto nos ha convencido de que mientras más pronto olvidemos la frase "diagnóstico roentgenológico" mejor puesto ocuparemos en la clase médica y mayor prestigio daremos a una especialidad que, como la nuestra se encuentra invadida por tanto inexperto. El título de médico no nos bautiza con el título de especialista, cualquiera que fuere la especialidad. Ciertamente que ninguna es más difícil ni más peligrosa que la radiología. A nuestro parecer no hay más que una clase de diagnóstico y es aquel que se deriva de un estudio cuidadoso de la sintomatología de nuestro enfermo, su historia clínica su examen físico y el examen

PAGES 15-26 MISSING

gente adoptar nuevo método, sujeto a la práctica científica que nos enseña a sentir y proceder con sentimientos de caridad y misericordia.

OBSERVACIONES

La disciplina entre los empleados es imprescindible. En toda institución se impone el respeto mutuo y la obediencia al superior. Nadie está exceptuado de equivocarse y los errores debn subsanarse pero de modo correcto, pues para obtener justicia es contraproducente emplear procedimientos inoportunos. Suprímanse las discusiones y sométase todo el personal al orden, que es la base para obtener el conjunto armónico que debe reinar en el Manicomio.

Nada de intrigas, siempre odiosas. Mi experiencia en estas instituciones es fuerte. Siempre he visto con disgusto *los chismes* y he tenido habilidad para descubrir los *cizañeros*. Es una polilla hija de mala educación y peores hábitos que perseguiremos sin descanso.

Tened presente que la verdad no puede ocultarse; ella debe exponerse, en todo tiempo y ocasión, con la claridad de luz zenital, sin miedo a nada ni a nadie.

El abandono de la guardia no tiene disculpa, es una falta intolerable. Los empleados deben reemplazarse con puntualidad; pero si el entrante se retardase, el saliente tiene la obligación de esperar. "Hoy por mí, mañana por tí". Cada servicio interior tiene un departamento con su jefe; éste debe cuidar de surtirse preventivamente para atender al cumplimiento de su encargo.

Ningún jefe de sección debe inmiscuirse en las obligaciones de otro.

La Matrona en el departamento de mujeres, y el primer celador en el departamento para hombres, son los obligados a recoger las bajas para entregarlas mensualmente al señor encargado de la propiedad y al mismo tiempo pedirle el reintegro de lo inutilizado.

Las cabezas de cada sección tienen necesariamente que dirigirse para las bajas y pedidos a la Matrona y al primer celador. Nunca de modo directo al señor encargado de la propiedad, el cual carece de tiempo para llevar cuentas de minuciosidades.

Las salidas y entradas de empleados deben verificarse en las horas reglamentarias. Los porteros deben notificar a la Dirección de las faltas que en tal sentido se cometan, y les está prohibido franquear las puertas sin previa autorización. Ninguna persona puede penetrar en el manicomio sin ser acompañada por un empleado.

No confiéis para sosteneros en vuestros destinos en las recomendaciones. Esos resortes son sin duda adecuados, para en ocasión de vacante, conseguir un empleo en esta institución, mas para conservarlo no hay sino una condición. "Cumplir fielmente con el deber."

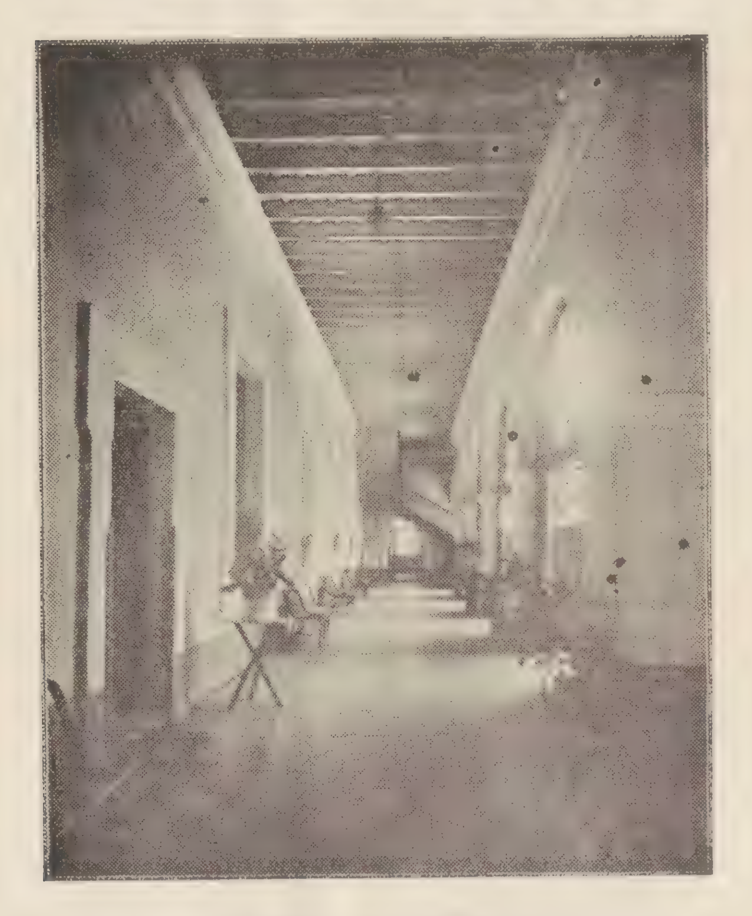
Dr. Francisco R. de Goenaga.
Director del Manicomio Insular

APPROBADO:
W. F. Lippitt,
Comisionado de Sanidad de P. R.

Los datos históricos no dejan motivo de duda. Lentamente en verdad, que los tiempos nunca tuvieron a la sazón métodos ágiles para auxiliar la destreza; pero a pasos consecutivos en firme adelantados, fuéronse corrigiendo los vicios y las deficiencias del sistema hasta conseguir nuevamente tratamiento humanitario y paternal para los alienados.

Poco tiempo, continuó el Hon. Dr. Lippitt desempeñando el puesto de Comisionado de Sanidad, fué sustituído por el Hon. Dr. Pedro N. Ortíz y bajo su égida, acompañado de su auxiliar el Hon. Dr. A. Fernós Isern, se recuperó el crédito perdido porque el antiguo Manicomio ha llenado su cometido sin tener que lamentar otros infortunios que los inherentes a la situación topográfica del edificio, su inadecuada estructura, y su capacidad insuficiente para las actuales exigencias.

Restauración llevada a efecto en el año 1922.



GALERIA DE ENTRADA



SEGUNDA GALERIA



NUEVO COMEDOR



NUEVO TALLER DE COSTURA



DORMITORIO DE HOMBRES.

En el mes de Marzo de 1923, el excelente "Club Cívico de Damas" de San Juan de Puerto Rico me dirigió bondadosa invitación ara que le diera una conferencia sobre el Manicomio. Enseguida correspondí a tan alto como inmerecido honor.

Este Honorable Club Cívico de Damas estaba constituído del modo siguiente:

DIRECTIVA

Mrs. F. Pérez Almiroty, Presidenta
Mrs. Lugo Viña, Vice-Presidenta
Miss Carmen María Giusti, Tesorera
Mrs Eduarda Crosas Saldaña, Secretaria

DIRECTORAS

Mrs. Rivera,
Mrs. Martínez Alvarez (Antonio)
Mrs. Ribot
Mrs Giusti,
Mrs. Rodríguez,
Mrs. Hutchinson,
Mrs. Fernández Náter,
Mrs. Fassig,
Miss B. Lasalle,
Mrs. Amy,
Mrs. Odlin,
Mrs. Benítez,
Mrs. Mendía,
Mrs. Travieso (Martín)

Dicho Club Cívico nombró una comisión para visitar el Manicomio.

RESULTADO OBTENIDO

San Juan, P. R., 14 de abril de 1923.
Estimadas Contertulianas:

La Comisión que tuvo el honor de ser designada por este Club Cívico de Da-

mas para visitar el Manicomio de Puerto Rico, ha tenido la satisfacción de cumplir fielmente con tan interesante encargo.

Desde el primer momento de nuestra observación, a la entrada del edificio, fuimos gratamente impresionadas por la limpieza extrema en todos y cada uno de los departamentos para mujeres y para hombres. Se nota el esfuerzo de los empleados para conservar los preceptos de la higiene tanto moral como física, y decimos, tanto moral como física, porque la disciplina que allí reina hace aparecer como cuerdos a los infelices enfermos de la mente.

Sirva lo anteriormente dicho como expresión de justicia para la actual administración del Manicomio; pero seános también lícito en cumplimiento de nuestra obligación, exponer con toda sinceridad, que los edificios, ni en su amplitud, ni en su distribución, ni por su escasez de agua, corresponden a las necesidades exigidas por el número de asilados que suman un total de 510, repartidos del modo siguiente:

Mujeres pudientes.	54
Mujeres pobres	214
Hobres pudientes	43
Hombres pobres	199

La exposición de hechos, que el Martes, día 3 del corriente mes, nos hizo el Dr. Francisco R. de Goenaga, en su conferencia solicitada por nosotras al efecto, resulta pálida en su descripción de horror al ser contemplada y analizada por nuestros propios ojos.

En un folleto de la sociedad de beneficencia pública de Lima existe la siguiente carta:—

San Juan, P. R., septiembre 4 de 1920.
Señores Médicos del Asilo Colonia de
Magdalena.
Lima.
Estimados amigos:

Es muy interesante el movimiento progresista en esta isla. Inquiriendo respecto a asistencia de alienados, se me ha manifestado llevarse a cabo en la actualidad los estudios indispensables a la erección de un Asilo moderno que reemplace al manicomio anticuado existente en la actualidad.

MANICOMIO INSULAR DE SAN JUAN DE PUERTO RICO

Se halla interinamente bajo la dirección del Dr. M. Juliá. Es un edificio antiguo, situado en plena población, frente a frente a un Cuartel.

En este establecimiento hay sobrepoblación de enfermos en la asistencia de los cuales se emplea todavía los viejos y odiados sistemas de contención tales como la camiseta de fuerza.

Diversos patios permiten una separación de los enfermos de conformidad con sus estados de agitación.

Con dolor y desagrado pude contemplar un espectáculo del cual sólo tenía idea por nuestro Museo del Asilo Colonia de Magdalena: quiero referirme a los pobres gatosos, cubiertos los desmedrados cuerpos por grandes sacos como único vestido. También existen celdas de reclusión, obscuras y mal ventiladas.

En los comedores abundan las mesas largas.

Hay secciones especialmente destinadas a los pensionistas, pero careciendo de todo confort.

Este Manicomio da asistencia a 500 enfermos de ambos sexos, superando las mujeres a los hombres en una cifra vecina de 25. Todo esto sobre una población total de dos millones de habitantes.

Les saluda su amigo S. S.

(Firmado) *Víctor Larco Herrera.*

Pues bien, es muy placentero para nosotras poder atestiguar que ese estado de cosas tan desagradable observadas en Septiembre de 1920, que nos desacredita en el extranjero, no existe en la actualidad, sino en un solo sentido, es decir: que aún hay celdas de reclusión obscuras y mal ventiladas. Es un mal grave; pero pudimos comprobar, que el ya citado Dr. Francisco R. de Goenaga ha tratado de subsanarlo sin haber podido corregirlo en absoluto; pero sí ha obenido ventajosas modificaciones.

El citado doctor en su conferencia nos decía: "La Tuberculosis, las fiebres en todas sus formas, la viruela, la escarlatina, el sarampión; en una palabra, todas las enfermedades, pueden asistirse o socorrerse en cualquier habitación imperfectamente, careciendo de muchos recursos higiénicos y terapéuticos pero el loco requiere imperiosamente un Manicomio. Causa desesperación, angustia suprema en el hogar, cuando se tiene la desgracia de un familiar enfermo mentalmente. La consternación producida en estos casos sólo puede aquilatarse con la observación directa de tales desgracias, la cual reviste carácter inhumano, cuando tratándose de los pobres que sufren el vejamen de ver encerar en las cárceles municipales a seres tan queridos, como la madre al hijo o el hijo a la madre, confundiéndolos con los criminales por no haber capacidad en el Manicomio Insular.

En verdad, que al fijar nuestra atención en punto tan contradictorio con los preceptos cristianos, sentimos humedecerse nuestros ojos con lágrimas nacidas en lo más íntimo de nuestros corazones.

Debemos confesar que no hay nada más urgente de atención en Puerto Rico que la construcción de un Manicomio que, en acuerdo con los adelantos modernos, reuna capacidad bastante para todos los locos de nuestra isla. Así lo demanda nuestra civilización y cultura. Así lo exige nuestro sentimiento de caridad. Así lo reclama la mísera condición de los infortunados seres que enfermos del cerebro han perdido el destello divino de la razón.

Acudamos, amadas compañeras, a las Cámaras Legislativas que son las llamadas, para gloria de ellas y bienestar público, a ponerle fin a tanta ignominia proporcionando los medios para proteger a nuestros más infortunados hermanos sumergidos en las tinieblas de la locura.

Respetuosamente,

Mrs. M. Fernández Náter, (Chairman)
Mrs. Bonner,
Mrs. Pérez Almiroty.

San Juan, P. R., 4 de junio de 1923.
Dr. Francisco Goenaga,
Director del Manicomio Insular,
San Juan, P. R.
Distinguido Doctor:

La que suscribe, en su carácter de Secretaria del "Club Cívico de Damas" tiene el honor de comunicarle que el día 26 de abril de 1923, fué votada una resolución de este "Club" en pro de la campaña suya a favor de un local mejor y más apropiado para el Manicomio Insular, a su digno cargo y ofreciéndole a usted la franca adhesión y ayuda del dicho "Club" en la campaña de referencia.

Sin otro particular,

Muy atentamente,

Eduarda Crosas de Saldaña.
Secretaria.

Junio 11, 1923.

Sra. Eduarda Crosas de Saldaña,

Secretaria del "Club Cívico de Damas",

San Juan, P. R.

Muy distinguida señora:

Si alguna vez es plausible en un hombre sentirse orgulloso, ha llegado el momento de experimentar yo ese orgullo al recibir su atenta carta, fecha 4 del corriente mes, participándome la resolución que fué votada por el "Club Cívico de Damas" en pro de la campaña, que ha tiempo vengo sosteniendo, a favor de la instalación de un manicomio modelo capaz para cubrir las necesidades de esta isla.

Con el apoyo de tan ilustradas como caritativas damas, no puede dudarse de que se alcanzará un feliz éxito. El momento es oportuno para desarrollar el "Club" todos sus esfuerzos.

El Gobernador Hon. Towner está animado de los mejores propósitos, él sabe que el problema es de resolución urgente, apremiante, inexcusable en el progreso de los tiempos.

Eleve el Club sus energías, que son poderosas, su acción franca y, tan libre como espontánea, a las Cámaras Legislativas. En ellas prevalece espíritu innovador, generosidad de impulsos y nobles entusiasmos.

Reciba el "Club Cívico de Damas" la expresión de mi más sincera gratitud.

Muy respetuosamente,

Dr. Francisco R. de Goenaga,
Director del Manicomio.

. . . .

Tan noble actitud del "Club Cívico de Damas" trajo a nuestro recuerdo la inmortal fecha en que Fray Jofre Gilabert, de rebosante espíritu caritativo, saturado de amor por los locos, pronunció el augusto sermón que impresionó a sus oyentes, de manera tan viva, que devotas valencianas, con sus propios esfuerzos y recursos propios, lograron fundar el primer Manicomio del mundo, otorgando con tan cristiano proceder, a nuestra progenitora España la más grandiosa gloria nacional.

Durante este período de feliz regeneración, el Hon. Gobernador Horace Mann Towner propulsó la obra del Manicomio y, en armonía su generosidad de impulso con los nobles sentimientos que prevalecen en las Cámaras Legislativas, presididas en el Senado por el Hon. Antonio R. Barceló y en la Cámara Baja por el Hon. José Tous Soto, el proyecto se convirtió en acción y, para contribuir espléndidamente al laudable propósito, desplegó sus entusiasmos y energía inagotables, nuestro distinguido compañero Dr. Pedro N. Ortíz, Hon. Comisionado de Sanidad.

Finalizadas las obras del nuevo Manicomio en el año corriente 1929 celebráronse nuevas elecciones.

Constituídas las Cámaras Legislativas surgieron de improviso los proyectos de Ley Nos. 69, 70, 155.

San Juan, P. R., Marzo 13 de 1929.

Sr. Director de "La Democracia",

San Juan, P. R.

Distinguido amigo:

Con gracias anticipadas, le suplico la inserción de las siguientes líneas.

De usted con toda consideración affmo. amigo y S. S.

Dr. Francisco R. de Goenaga,

Director del Manicomio Insular.

Bondadoso amigo me hace leer las siguientes Resoluciones Conjuntas de la Cámara:

R. C. de la C. 69.—Por el señor Fernández García (Eugenio): "Para autorizar a los Comisionados del Interior y Sanidad a habilitar las edificaciones de la Nueva Penitenciaria para Manicomio Insular, y para otros fines".

R. C. de la C. 70. — Por los señores Fernández García (Eugenio), Alonso, Anglade, Marty Pérez, Ramírez Silva y Saintvilliers: "Para ordenar al Comisionado de Sanidad que habilite los edificios del nuevo Manicomio Insular en la municipalidad de Río Piedras, para el asilo de enfermos indigentes tuberculosos, y para otros fines."

Mi sorpresa y estupefacción no tienen límites. ¿Es posible que el ilustre Dr. Eugenio Fernández García inicie y defienda tales absurdos?

¿Qué le pasa al estimado Colega doctor Eugenio Fernández García? El no puede ignorar, dada la extensión de sus conocimientos científicos, que la beneficencia en general ha de practicarse, como dije el año 1894: "en armonía con nuestras condiciones peculiares, de cualquier género que fueren, consultándose al efecto los datos estadísticos, legislativos, económicos, topográficos, arquitectónicos, y en una palabra, cuanto acerca de esta interesantísima atención haya de nuevo y útil en la moderna bibliografía. Esto es lo esencial, no dedicar a reclusión donde se edificó hospital, ni habilitar este para Manicomio o Asilo. Cada establecimiento de esta naturaleza requiere planos, medidas, proporciones, departamentos, sitio, elevación, reglamento y métodos esenciales y propios."

"Los manicomios en los pueblos más significados por su cultura y civilización, llevan el sello predominante, no de las cárceles modelos, sino de los establecimientos clínicos, porque en su mecanismo interior deben funcionar con el propósito de reintegrar el imperio de la razón a los desventurados que la hayan perdido y puedan recobrarla merced a los adelantos de la ciencia, y por lo menos mejorar sus condiciones cuando los distintivos de la enfermedad fuesen fatales o incurables.

El Manicomio es el antitipo de la Penitenciaria. En un manicomio no debe existir el menor aspecto de prisión; hasta en las celdas a veces necesarias para locos impulsivos criminales, no existen actualmente barras de hierro, ellas están reemplazadas por metal forjado semejando artísticas y florecidas enredaderas hábilmente pintadas.

El Hon. Arthur Yager, ex-gobernador de Puerto Rico, en su mensaje a la Asamblea Legislativa en 1914, página 9, dijo: "Es una vergüenza para el Gobierno y para el Pueblo de Puerto Rico, que no se tenga el edificio necesario para Manicomio". Desde esa fecha hasta el presente, todo esfuerzo del gobierno y de nuestras Cámaras Legislativas ha sido puesto en ejercicio para obtener la redención de nuestros infortunados locos sacándolos de las cárceles municipales de la Isla.

Repito hoy lo que escribí en aquella época: "No hay afrenta comparable a la del espectáculo de estos enfermos condenados por la impiedad social al encierro en esos chiqueros o antros dignificados con el nombre de cárceles. Allí viven en condiciones que los propios criminales no conocen. Allí mueren en el más vergonzoso abandono esas oscuras víctimas de su propio destino, agravadas por la indiferencia pública, que en tales casos es una terrible forma de crueldad. Mientras subsistan estas tragedias, habrá un

negro baldón en nuestra civilización y no será indiscutible que somos un pueblo cristiano."

Hemos llegado a la culminación de la obra, porque a pesar de haber sufrido las consecuencias de reciente huracán, estamos en víspera de la inauguración del nuevo Manicomio Insular que es creación grandiosa, que es la institución más vasta y más perfecta que tiene Puerto Rico, que es la más importante y la más brillante obra de progreso fundamental y trascendental que existe en Puerto Rico. El nuevo Manicomio es la muestra más sólida y más alta de civilización moderna que puede Puerto Rico presentar ante el extranjero. El Manicomio es la prueba más clara e instructiva de la capacidad del pueblo puertorriqueño para la vida y los fines superiores de las comunidades más aptas. El Manicomio es un monumento de inteligencia, de persistencia, de ciencia, de fecundo y eminente amor por la humanidad; el más útil y firme monumento del esfuerzo puertorriqueño. El Manicomio es honra y prez de Puerto Rico. Cualesquiera que sean las impresiones que el viajero tenga de la isla, desde el punto de vista del progreso social, después de una visita al Manicomio, sus opiniones serán siempre de admiración y satisfacción, porque no es sino con profunda y gratísima sorpresa que los viajeros se encuentran con que un pueblo pequeño y de escasos recursos como el nuestro, rivaliza en semejante institución con los pueblos más avanzados del mundo.

¿VOLVEREMOS A LA INTERMINABLE TAREA DE PENELOPE, DESTRUYENDO HOY LO HECHO AYER Y MAÑANA LO HECHO HOY?

Dr. Francisco R. de Goenaga.

San Juan, P. R., 10 de abril de 1929.

Sr. Presidente de la Comisión de Sanidad y Beneficencia de la Cámara de Representantes,

San Juan, P. R.

Señor:

De las discusiones habidas en el "hearing" reciente sobre leyes que tienen relación con el Manicomio Insular, a pesar de nuestra discrepancia de opiniones en cuanto a diversos aspectos relacionados con dicha Institución, tanto en su viejo cono en su nuevo edificio, pude observar que había un punto en que aparecíamos en perfecto acuerdo; esto es, la necesidad urgentísima que hay de elevar la presente capacidad del Manicomio Insular en cuanto a enfermos insolventes se refiere para resolver el problema de los alienados que actualmente se encuentran en hospitalillos y cárceles municipales en situación verdaderamentelamentable.

Como dije a usted, los edificios del Nuevo Manicomio pueden albergar hasta 750 pacientes. De acuerdo con el informe de la Comisión de Hacienda de la Cámara, el Nuevo Maicomio contará con $155,000.00 del Gobierno Insular. Siendo esto así, el número de pacientes insolventes que allí podrán albergarse no podrá pasar de 550, teniendo en cuenta su costo per cápita. Es indudable que ésto no es suficiente. Casi un número igual hay en los hospitalillos municipales. Creo urgente recabar de la Legislatura que eleve la asignación del Manicomio hasta el máximum de la capacidad económica presente del país, de modo que, si bien no podremos resolver el problema del todo, el traslado a los nuevos edificios significa un alivio real y de considerable magnitud a las condiciones precarias con que hoy nos confrontamos. Desde luego que todo el problema es esencialmente económico y que a pesar de

nuestra buena voluntad, si la asignación hecha en presupuesto se queda dentro de los límites reducidos que se proponen, el mayor número de los enfermos ahora en los hospitalillos municipales tendrá que permanecer allí sin esperanzas en buen tiempo de recibir los beneficios del Manicomio Insular.

Deseo pues recabar de usted su cooperación en su doble carácter de Presidente del Comité de Sanidad y Beneficencia de la Cámara y de médico, a los fines de obtener que la asignación propuesta sea elevada a fin de que pueda este Departamento contar con medios suficientes para afrontar debidamente este especial aspecto de beneficencia y salud pública de Puerto Rico.

Deseo decirle además y de modo general que el presupuesto recomendado por la Comisión de Hacienda para el Departamento de Sanidad reduce en gran parte las asignaciones actuales. Sobre este asunto he escrito al Presidente de la Cámara y al Presidente de la Comisión de Hacienda y tengo la seguridad de que usted hará todo cuanto sea posible porque se aumenten las partidas a tono con las condiciones económicas del país, pero teniendo en cuenta los graves problemas de salud pública de nuestro pueblo.

De Ud., con la mayor admiración,

Dr. Pedro N. Ortíz,
Comisionado de Sanidad.

12ª Asamblea.
1ª Legislatura.

P. DE LA C. 155.

En la Cámara de Representantes de Puerto Rico.

Los señores Fernández García (Eugenio) y Marty presentaron el siguiente proyecto de

L E Y

Para regular la admisión de pudientes en Instituciones de Caridad y Beneficencia del Gobierno Insular, y para otros fines.

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Sección 1.—Los Jefes de los Departamentos del Gobierno Insular, o personas a cuyo cargo estén ahora o puedan estar en el futuro las Instituciones de Caridad o Beneficencia, tales como Sanatorio de Tuberculosos, Manicomio, Leprosería, Hospitales de Distrito, etc., no permitirán el ingreso en dichas instituciones de pacientes pudientes, mientras haya pendientes de resolución solicitudes para asilar enfermos indigentes.

Sección 2.—Los enfermos pudientes que sean admitidos en dichas instituciones, lo serán mediante la expresa condición de que tendrán que ser removidos de dichas instituciones, en cualquier tiempo, si las condiciones del enfermo lo permiten, para dar cabida a enfermos pobres.

Sección 3.—Los familiares, tutores o encargados de dichos enfermos pudientes que hayan gestionado el ingreso a dichas instituciones de los enfermos pudientes quedarán comprometidos a cumplir la condición a que se refiere la sección anterior; y en el caso de la falta de cumplimiento de dicha condición, al ser notificado por escrito, por segunda vez, el Jefe de Departamento o encargado de dichos planteles, procederá a trasladar el enfermo pudiente a la casa de sus familiares, tutores o encargados, contra los cuales podrá establecer la acción civil correspondiente para el cobro de los gastos del traslado y cualesquiera otros que sean necesarios para la seguridad y bienestar del paciente.

Sección 4.—Para los efectos de esta Ley se consideran enfermos indigentes aquellos cuyos padres o encargados no sean contribuyentes al Tesoro Insular, si son menores de edad, o aquellos que, siendo mayores edad, tampoco contribuyan a las cargas del Estado, o que paguen contribuciones al Tesoro Insular en uno u otro caso, por propiedad mueble o inmueble con un valor de tasación menor de mil (1,000) dólares, considerándose al efecto, pudientes, cuando la contribución al Tesoro Insular exceda de dicha cantidad.

Sección 5.— Toda ley o parte de ley que se aponga a la presente, queda por ésta derogada.

Sección 6.—Esta Ley comenzará a regir a los noventa días desde la fecha de su aprobación.

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

OFICINA DEL COMISIONADO

San Juan, Marzo 18, 1929.

Sr. Pdte de la Comisión de Sanidad y Beneficencia de la Cámara de Representantes de Puerto Rico y señores miembros de la misma.

Señores:

Tengo el honor de dirigirme a esa Comisión para respetuosamente referirme, como Jefe del Departamento de Sanidad, a un proyecto de ley (el No 155) sometido a la consideración de la Cámara de Representantes por los Honorables Dr. E. Fernández García y Dr. Marty Pérez, "Para regular la admisión de pudientes en Instituciones de Caridad y Beneficencia del Gobierno Insular y para otros fines."

En la Sección primera de dicho proyecto se dice que los Jefes de los Departamentos del Gobierno Insular o personas a cuyo cargo estén ahora o puedan estar en el futuro las Institcuiones de Caridad y Beneficencia tales como el Sanatorio de Tuberculosos, el Manicomio, la Leprosería, los Hospitales de Distrito, etc., no permitirán el ingreso en dichas instituciones de pacientes pudientes mientras haya pendientes de resolución solicitudes para asilar enfermos indigentes. El único Jefe de Departamento del Gobierno Insular a cuyo cargo pueden estar y están las Instituciones de Caridad y Beneficencia es el Comisionado de Sanidad, por disposición del Acta Orgánica, de modo pues, que este proyecto de ley viene a afectar directamente y casi exclusivamente al Departamento bajo mi dirección. Por ello creo mi deber exponer mis puntos de vista ante ustedes en previsión de que con la legislación propuesta pudieran sobrevenir dificultades en las instituciones mencionadas.

Empiezo por declarar que el propósito que parece perseguirse con esta legislación o sea dar prelación en los ingresos a las prsonas que carecen de medios de fortuna, me es altamente simpática y coincide además fundamentalmente, con la práctica que se ha venido observando, la cual, desde luego, ha estado siempre regida por legislación ya vigente; pero que a mi juicio este proyecto de ley, lejos de aumentar las facilidades de admisión de pobres en algunas Instituciones de Caridad, podría resultar un obstáculo para esas mismas admisiones y, sin beneficiar a los pobres, perjudicar además a nuestra clase media, con daño para el interés público. Voy a explicarme:

El ingreso de pacientes indigentes en las instituciones está limitado y tiene que estarlo, por el número de plazas autorizadas en la Ley de Presupuesto. La razón es obvia: No podríamos admitir en ninguna institución enfermos sin te-

ner dinero disponible para sostenerlos allí. Cubiertas las plazas para enfermos pobres autorizadas en presupuesto, todo otro espacio disponible, por muchas solicitudes de enfermos pobres que hubiera pendientes, no podría ser dedicado a ellos. Tal como está la ley propuesta, por el simple hecho *de que hubiera solicitudes pendientes de resolución* para enfermos pobres no podría ocuparse el espacio vacante con enfermos pudientes.

Por ejemplo: En el Manicomio Insular, en sus nuevos edificios, podrían acomodarse 750 pacientes. Hasta ahora El Pueblo de Puerto Rico sostiene en el viejo edificio 450 pacientes. Tendríamos espacio para 300 pacientes más, el cual, si no se ocupa con pobres por falta de asignación, habría de permanecer vacío, a pesar de que habría muchos enfermos de mediana posición que ingresarían sin representar una carga para Puerto Rico.

Me refiero a la clase media, porque la adinerada puede enviar sus enfermos fuera del país y porque el límite que se establece en la ley para diferenciar la insolvencia de la condición de pudiente es el pago de contribuciones por propiedades de un valor de $1,000. Mil dólares valen en Puerto Rico la humilde casita de la viuda con ocho hijos; la finquita del pequeño agricultor arruinado por el ciclón; la tiendita del comerciante de los más pequeños pueblos de la isla. Estos en el caso desgraciado de tener un enfermo de la mente en su hogar, no podrían utilizar los servicios del Manicomio Insular a cuyo sostenimiento contribuyen y para cuya erección ya contribuyeron y siguen contribuyendo. Esto como dije antes, sin beneficio alguna para los pobres, puesto que el número de ellos está limitado por la asignación que se haga en presupuesto para su sostenimiento.

Claro está que pudiera pensarse que El Pueblo de Puerto Rico debería hacer el esfuerzo de asignar suficiente dinero para que todas estas plazas disponibles fueran ocupadas por pacientes pobres; pero habría de preguntarse si es posible en las actuales circunstancias de penuria aumentar el presupuesto a esa altura, gravando más a las mismas personas a quienes se les negaría en absoluto toda esperanza de utilizar el establecimiento, sobre todo teniendo en cuenta la carencia en Puerto Rico de establecimientos que pudieran ofrecer estos mismos servicios en igual condición y a igual costo a estas clases cuya vida económica es tan difícil.

Como digo antes, hoy se sostienen 450 pacientes pobres en el Manicomio. Acaso la Comisión de Hacienda de la Cámara pueda hallar medios para que se eleve ese número hasta 600. Esa sería nuestra recomendación. Las 150 plazas restantes podrían ser ocupadas sin detrimento para los pobres, por los que pagaran los cánones establecidos por ley con un máximum de tres dólares diarios.

Los dineros así ingresados, de acuerdo con la legislación vigente, se distribuyen en tres partes:

1º—Manutención de los propios enfermos pudientes.

2º—Ropas y avíos de cama de la institución. (Con lo cual ya estos pudientes contribuyen una vez más para el sostenimiento de los pobres)

3º—Gastos imprevistos de la institución. De modo pues que el ingreso de pudientes en el Manicomio Insular en esta forma, no solamente no perjudica a los pobres sino que les ayuda al ayudar a sostenerle sus gastos en la institución.

Además quiero llamar la atención hacia el hecho de que las admisiones en el Manicomio Insular están regidas por

gente adoptar nuevo método, sujeto a la práctica científica que nos enseña a sentir y proceder con sentimientos de caridad y misericordia.

OBSERVACIONES

La disciplina entre los empleados es imprescindible. En toda institución se impone el respeto mutuo y la obediencia al superior. Nadie está exceptuado de equivocarse y los errores debn subsanarse pero de modo correcto, pues para obtener justicia es contraproducente emplear procedimientos inoportunos. Suprímanse las discusiones y sométase todo el personal al orden, que es la base para obtener el conjunto armónico que debe reinar en el Manicomio.

Nada de intrigas, siempre odiosas. Mi experiencia en estas instituciones es fuerte. Siempre he visto con disgusto *los chismes* y he tenido habilidad para descubrir los *cizañeros*. Es una polilla hija de mala educación y peores hábitos que perseguiremos sin descanso.

Tened presente que la verdad no puede ocultarse; ella debe exponerse, en todo tiempo y ocasión, con la claridad de luz zenital, sin miedo a nada ni a nadie.

El abandono de la guardia no tiene disculpa, es una falta intolerable. Los empleados deben reemplazarse con puntualidad; pero si el entrante se retardase, el saliente tiene la obligación de esperar. "Hoy por mí, mañana por tí". Cada servicio interior tiene un departamento con su jefe; éste debe cuidar de surtirse preventivamente para atender al cumplimiento de su encargo.

Ningún jefe de sección debe inmiscuirse en las obligaciones de otro.

La Matrona en el departamento de mujeres, y el primer celador en el departamento para hombres, son los obligados a recoger las bajas para entregarlas mensualmente al señor encargado de la propiedad y al mismo tiempo pedirle el reintegro de lo inutilizado.

Las cabezas de cada sección tienen necesariamente que dirigirse para las bajas y pedidos a la Matrona y al primer celador. Nunca de modo directo al señor encargado de la propiedad, el cual carece de tiempo para llevar cuentas de minuciosidades.

Las salidas y entradas de empleados deben verificarse en las horas reglamentarias. Los porteros deben notificar a la Dirección de las faltas que en tal sentido se cometan, y les está prohibido franquear las puertas sin previa autorización. Ninguna persona puede penetrar en el manicomio sin ser acompañada por un empleado.

No confiéis para sosteneros en vuestros destinos en las recomendaciones. Esos resortes son sin duda adecuados, para en ocasión de vacante, conseguir un empleo en esta institución, mas para conservarlo no hay sino una condición. "Cumplir fielmente con el deber."

Dr. Francisco R. de Goenaga.
Director del Manicomio Insular

APPROBADO:
W. F. Lippitt,
Comisionado de Sanidad de P. R.

Los datos históricos no dejan motivo de duda. Lentamente en verdad, que los tiempos nunca tuvieron a la sazón métodos ágiles para auxiliar la destreza; pero a pasos consecutivos en firme adelantados, fuéronse corrigiendo los vicios y las deficiencias del sistema hasta conseguir nuevamente tratamiento humanitario y paternal para los alienados.

Poco tiempo, continuó el Hon. Dr. Lippitt desempeñando el puesto de Comisionado de Sanidad, fué sustituído por el Hon. Dr. Pedro N. Ortíz y bajo su égida, acompañado de su auxiliar el Hon. Dr. A. Fernós Isern, se recuperó el crédito perdido porque el antiguo Manicomio ha llenado su cometido sin tener que lamentar otros infortunios que los inherentes a la situación topográfica del edificio, su inadecuada estructura, y su capacidad insuficiente para las actuales exigencias.

Restauración llevada a efecto en el año 1922.



GALERIA DE ENTRADA



SEGUNDA GALERIA



NUEVO COMEDOR



NUEVO TALLER DE COSTURA



DORMITORIO DE HOMBRES.

En el mes de Marzo de 1923, el excelente "Club Cívico de Damas" de San Juan de Puerto Rico me dirigió bondadosa invitación ara que le diera una conferencia sobre el Manicomio. Enseguida correspondí a tan alto como inmerecido honor.

Este Honorable Club Cívico de Damas estaba constituído del modo siguiente:

DIRECTIVA

Mrs. F. Pérez Almiroty, Presidenta
Mrs. Lugo Viña, Vice-Presidenta
Miss Carmen María Giusti, Tesorera
Mrs Eduarda Crosas Saldaña, Secretaria

DIRECTORAS

Mrs. Rivera,
Mrs. Martínez Alvarez (Antonio)
Mrs. Ribot
Mrs Giusti,
Mrs. Rodríguez,
Mrs. Hutchinson,
Mrs. Fernández Náter,
Mrs. Fassig,
Miss B. Lasalle,
Mrs. Amy,
Mrs. Odlin,
Mrs. Benítez,
Mrs. Mendía,
Mrs. Travieso (Martín)

Dicho Club Cívico nombró una comisión para visitar el Manicomio.

RESULTADO OBTENIDO

San Juan, P. R., 14 de abril de 1923.
Estimadas Contertulianas:

La Comisión que tuvo el honor de ser designada por este Club Cívico de Da-

mas para visitar el Manicomio de Puerto Rico, ha tenido la satisfacción de cumplir fielmente con tan interesante encargo.

Desde el primer momento de nuestra observación, a la entrada del edificio, fuimos gratamente impresionadas por la limpieza extrema en todos y cada uno de los departamentos para mujeres y para hombres. Se nota el esfuerzo de los empleados para conservar los preceptos de la higiene tanto moral como física, y decimos, tanto moral como física, porque la disciplina que allí reina hace aparecer como cuerdos a los infelices enfermos de la mente.

Sirva lo anteriormente dicho como expresión de justicia para la actual administración del Manicomio; pero seános también lícito en cumplimiento de nuestra obligación, exponer con toda sinceridad, que los edificios, ni en su amplitud, ni en su distribución, ni por su escasez de agua, corresponden a las necesidades exigidas por el número de asilados que suman un total de 510, repartidos del modo siguiente:

Mujeres pudientes.	54
Mujeres pobres	214
Hobres pudientes	43
Hombres pobres	199

La exposición de hechos, que el Martes, día 3 del corriente mes, nos hizo el Dr. Francisco R. de Goenaga, en su conferencia solicitada por nosotras al efecto, resulta pálida en su descripción de horror al ser contemplada y analizada por nuestros propios ojos.

En un folleto de la sociedad de beneficencia pública de Lima existe la siguiente carta:—

San Juan, P. R., septiembre 4 de 1920.

Señores Médicos del Asilo Colonia de Magdalena.

Lima.

Estimados amigos:

Es muy interesante el movimiento progresista en esta isla. Inquiriendo respecto a asistencia de alienados, se me ha manifestado llevarse a cabo en la actualidad los estudios indispensables a la erección de un Asilo moderno que reemplace al manicomio anticuado existente en la actualidad.

MANICOMIO INSULAR DE SAN JUAN DE PUERTO RICO

Se halla interinamente bajo la dirección del Dr. M. Juliá. Es un edificio antiguo, situado en plena población, frente a frente a un Cuartel.

En este establecimiento hay sobrepoblación de enfermos en la asistencia de los cuales se emplea todavía los viejos y odiados sistemas de contención tales como la camiseta de fuerza.

Diversos patios permiten una separación de los enfermos de conformidad con sus estados de agitación.

Con dolor y desagrado pude contemplar un espectáculo del cual sólo tenía idea por nuestro Museo del Asilo Colonia de Magdalena: quiero referirme a los pobres gatosos, cubiertos los desmedrados cuerpos por grandes sacos como único vestido. También existen celdas de reclusión, obscuras y mal ventiladas.

En los comedores abundan las mesas largas.

Hay secciones especialmente destinadas a los pensionistas, pero careciendo de todo confort.

Este Manicomio da asistencia a 500 enfermos de ambos sexos, superando las mujeres a los hombres en una cifra vecina de 25. Todo esto sobre una población total de dos millones de habitantes.

Les saluda su amigo S. S.

(Firmado) *Víctor Larco Herrera.*

Pues bien, es muy placentero para nosotras poder atestiguar que ese estado de cosas tan desagradable observadas en Septiembre de 1920, que nos desacredita en el extranjero, no existe en la actualidad, sino en un solo sentido, es decir: que aún hay celdas de reclusión obscuras y mal ventiladas. Es un mal grave; pero pudimos comprobar, que el ya citado Dr. Francisco R. de Goenaga ha tratado de subsanarlo sin haber podido corregirlo en absoluto; pero sí ha obenido ventajosas modificaciones.

El citado doctor en su conferencia nos decía: "La Tuberculosis, las fiebres en todas sus formas, la viruela, la escarlatina, el sarampión; en una palabra, todas las enfermedades, pueden asistirse o socorrerse en cualquier habitación imperfectamente, careciendo de muchos recursos higiénicos y terapéuticos pero el loco requiere imperiosamente un Manicomio. Causa desesperación, angustia suprema en el hogar, cuando se tiene la desgracia de un familiar enfermo mentalmente. La consternación producida en estos casos sólo puede aquilatarse con la observación directa de tales desgracias, la cual reviste carácter inhumano, cuando tratándose de los pobres que sufren el vejamen de ver encerar en las cárceles municipales a seres tan queridos, como la madre al hijo o el hijo a la madre, confundiéndolos con los criminales por no haber capacidad en el Manicomio Insular.

En verdad, que al fijar nuestra atención en punto tan contradictorio con los preceptos cristianos, sentimos humedecerse nuestros ojos con lágrimas nacidas en lo más íntimo de nuestros corazones.

Debemos confesar que no hay nada más urgente de atención en Puerto Rico que la construcción de un Manicomio que, en acuerdo con los adelantos modernos, reuna capacidad bastante para todos los locos de nuestra isla. Así lo demanda nuestra civilización y cultura. Así lo exige nuestro sentimiento de caridad. Así lo reclama la mísera condición de los infortunados seres que enfermos del cerebro han perdido el destello divino de la razón.

Acudamos, amadas compañeras, a las Cámaras Legislativas que son las llamadas, para gloria de ellas y bienestar público, a ponerle fin a tanta ignominia proporcionando los medios para proteger a nuestros más infortunados hermanos sumergidos en las tinieblas de la locura

Respetuosamente,

Mrs. M. Fernández Náter, (Chairman)
Mrs. Bonner,
Mrs. Pérez Almiroty.

San Juan, P. R., 4 de junio de 1923.
Dr. Francisco Goenaga,
Director del Manicomio Insular,
San Juan, P. R.
Distinguido Doctor:

La que suscribe, en su carácter de Secretaria del "Club Cívico de Damas" tiene el honor de comunicarle que el día 26 de abril de 1923, fué votada una resolución de este "Club" en pro de la campaña suya a favor de un local mejor y más apropiado para el Manicomio Insular, a su digno cargo y ofreciéndole a usted la franca adhesión y ayuda del dicho "Club" en la campaña de referencia.

Sin otro particular,

Muy atentamente,

Eduarda Crosas de Saldaña.
Secretaria.

Junio 11, 1923.

Sra. Eduarda Crosas de Saldaña,
Secretaria del "Club Cívico de Damas",
San Juan, P. R.

Muy distinguida señora:

Si alguna vez es plausible en un hombre sentirse orgulloso, ha llegado el momento de experimentar yo ese orgullo al recibir su atenta carta, fecha 4 del corriente mes, participándome la resolución que fué votada por el "Club Cívico de Damas" en pro de la campaña, que ha tiempo vengo sosteniendo, a favor de la instalación de un manicomio modelo capaz para cubrir las necesidades de esta isla.

Con el apoyo de tan ilustradas como caritativas damas, no puede dudarse de que se alcanzará un feliz éxito. El momento es oportuno para desarrollar el "Club" todos sus esfuerzos.

El Gobernador Hon. Towner está animado de los mejores propósitos, él sabe que el problema es de resolución urgente, apremiante, inexcusable en el progreso de los tiempos.

Eleve el Club sus energías, que son poderosas, su acción franca y, tan libre como espontánea, a las Cámaras Legislativas. En ellas prevalece espíritu innovador, generosidad de impulsos y nobles entusiasmos.

Reciba el "Club Cívico de Damas" la expresión de mi más sincera gratitud.

Muy respetuosamente,

Dr. Francisco R. de Goenaga,
Director del Manicomio.

. . . .

Tan noble actitud del "Club Cívico de Damas" trajo a nuestro recuerdo la inmortal fecha en que Fray Jofre Gilabert, de rebosante espíritu caritativo, saturado de amor por los locos, pronunció el augusto sermón que impresionó a sus oyentes, de manera tan viva, que devotas valencianas, con sus propios esfuerzos y recursos propios, lograron fundar el primer Manicomio del mundo, otorgando con tan cristiano proceder, a nuestra progenitora España la más grandiosa gloria nacional.

Durante este período de feliz regeneración, el Hon. Gobernador Horace Mann Towner propulsó la obra del Manicomio y, en armonía su generosidad de impulso con los nobles sentimientos que prevalecen en las Cámaras Legislativas, presididas en el Senado por el Hon. Antonio R. Barceló y en la Cámara Baja por el Hon. José Tous Soto, el proyecto se convirtió en acción y, para contribuir espléndidamente al laudable propósito, desplegó sus entusiasmos y energía inagotables, nuestro distinguido compañero Dr. Pedro N. Ortíz, Hon. Comisionado de Sanidad.

Finalizadas las obras del nuevo Manicomio en el año corriente 1929 celebráronse nuevas elecciones.

Constituídas las Cámaras Legislativas surgieron de improviso los proyectos de Ley Nos. 69, 70, 155.

San Juan, P. R., Marzo 13 de 1929.

Sr. Director de "La Democracia",
San Juan, P. R.

Distinguido amigo:

Con gracias anticipadas, le suplico la inserción de las siguientes líneas.

De usted con toda consideración affmo. amigo y S. S.

Dr. Francisco R. de Goenaga,
Director del Manicomio Insular.

Bondadoso amigo me hace leer las siguientes Resoluciones Conjuntas de la Cámara:

R. C. de la C. 69.—Por el señor Fernández García (Eugenio): "Para autorizar a los Comisionados del Interior y Sanidad a habilitar las edificaciones de la Nueva Penitenciaria para Manicomio Insular, y para otros fines".

R. C. de la C. 70. — Por los señores Fernández García (Eugenio), Alonso, Anglade, Marty Pérez, Ramírez Silva y Saintvilliers: "Para ordenar al Comisionado de Sanidad que habilíte los edificios del nuevo Manicomio Insular en la municipalidad de Río Piedras, para el asilo de enfermos indigentes tuberculosos, y para otros fines."

Mi sorpresa y estupefacción no tienen límites. ¿Es posible que el ilustre Dr. Eugenio Fernández García inicie y defienda tales absurdos?

¿Qué le pasa al estimado Colega doctor Eugenio Fernández García? El no puede ignorar, dada la extensión de sus conocimientos científicos, que la beneficencia en general ha de practicarse, como dije el año 1894: "en armonía con nuestras condiciones peculiares, de cualquier género que fueren, consultándose al efecto los datos estadísticos, legislativos, económicos, topográficos, arquitectónicos, y en una palabra, cuanto acerca de esta interesantísima atención haya de nuevo y útil en la moderna bibliografía. Esto es lo esencial, no dedicar a reclusión donde se edificó hospital, ni habilitar este para Manicomio o Asilo. Cada establecimiento de esta naturaleza requiere planos, medidas, proporciones, departamentos, sitio, elevación, reglamento y métodos esenciales y propios."

"Los manicomios en los pueblos más significados por su cultura y civilización, llevan el sello predominante, no de las cárceles modelos, sino de los establecimientos clínicos, porque en su mecanismo interior deben funcionar con el propósito de reintegrar el imperio de la razón a los desventurados que la hayan perdido y puedan recobrarla merced a los adelantos de la ciencia, y por lo menos mejorar sus condiciones cuando los distintivos de la enfermedad fuesen fatales o incurables.

El Manicomio es el antitipo de la Penitenciaria. En un manicomio no debe existir el menor aspecto de prisión; hasta en las celdas a veces necesarias para locos impulsivos criminales, no existen actualmente barras de hierro, ellas están reemplazadas por metal forjado semejando artísticas y florecidas enredaderas hábilmente pintadas.

El Hon. Arthur Yager, ex-gobernador de Puerto Rico, en su mensaje a la Asamblea Legislativa en 1914, página 9, dijo: "Es una vergüenza para el Gobierno y para el Pueblo de Puerto Rico, que no se tenga el edificio necesario para Manicomio". Desde esa fecha hasta el presente, todo esfuerzo del gobierno y de nuestras Cámaras Legislativas ha sido puesto en ejercicio para obtener la redención de nuestros infortunados locos sacándolos de las cárceles municipales de la Isla.

Repito hoy lo que escribí en aquella época: "No hay afrenta comparable a la del espectáculo de estos enfermos condenados por la impiedad social al encierro en esos chiqueros o antros dignificados con el nombre de cárceles. Allí viven en condiciones que los propios criminales no conocen. Allí mueren en el más vergonzoso abandono esas oscuras víctimas de su propio destino, agravadas por la indiferencia pública, que en tales casos es una terrible forma de crueldad. Mientras subsistan estas tragedias, habrá un

negro baldón en nuestra civilización y no será indiscutible que somos un pueblo cristiano."

Hemos llegado a la culminación de la obra, porque a pesar de haber sufrido las consecuencias de reciente huracán, estamos en víspera de la inauguración del nuevo Manicomio Insular que es creación grandiosa, que es la institución más vasta y más perfecta que tiene Puerto Rico, que es la más importante y la más brillante obra de progreso fundamental y trascendental que existe en Puerto Rico. El nuevo Manicomio es la muestra más sólida y más alta de civilización moderna que puede Puerto Rico presentar ante el extranjero. El Manicomio es la prueba más clara e instructiva de la capacidad del pueblo puertorriqueño para la vida y los fines superiores de las comunidades más aptas. El Manicomio es un monumento de inteligencia, de persistencia, de ciencia, de fecundo y eminente amor por la humanidad; el más útil y firme monumento del esfuerzo puertorriqueño. El Manicomio es honra y prez de Puerto Rico. Cualesquiera que sean las impresiones que el viajero tenga de la isla, desde el punto de vista del progreso social, después de una visita al Manicomio, sus opiniones serán siempre de admiración y satisfacción, porque no es sino con profunda y gratísima sorpresa que los viajeros se encuentran con que un pueblo pequeño y de escasos recursos como el nuestro, rivaliza en semejante institución con los pueblos más avanzados del mundo.

¿VOLVEREMOS A LA INTERMINABLE TAREA DE PENELOPE, DESTRUYENDO HOY LO HECHO AYER Y MAÑANA LO HECHO HOY?

Dr. Francisco R. de Goenaga.

San Juan, P. R., 10 de abril de 1929.

Sr. Presidente de la Comisión de Sanidad y Beneficencia de la Cámara de Representantes,

San Juan, P. R.

Señor:

De las discusiones habidas en el "hearing" reciente sobre leyes que tienen relación con el Manicomio Insular, a pesar de nuestra discrepancia de opiniones en cuanto a diversos aspectos relacionados con dicha Institución, tanto en su viejo cono en su nuevo edificio, pude observar que había un punto en que aparecíamos en perfecto acuerdo; esto es, la necesidad urgentísima que hay de elevar la presente capacidad del Manicomio Insular en cuanto a enfermos insolventes se refiere para resolver el problema de los alienados que actualmente se encuentran en hospitalillos y cárceles municipales en situación verdaderamentelamentable.

Como dije a usted, los edificios del Nuevo Manicomio pueden albergar hasta 750 pacientes. De acuerdo con el informe de la Comisión de Hacienda de la Cámara, el Nuevo Maicomio contará con $155,000.00 del Gobierno Insular. Siendo esto así, el número de pacientes insolventes que allí podrán albergarse no podrá pasar de 550, teniendo en cuenta su costo per cápita. Es indudable que ésto no es suficiente. Casi un número igual hay en los hospitalillos municipales. Creo urgente recabar de la Legislatura que eleve la asignación del Manicomio hasta el máximum de la capacidad económica presente del país, de modo que, si bien no podremos resolver el problema del todo, el traslado a los nuevos edificios significa un alivio real y de considerable magnitud a las condiciones precarias con que hoy nos confrontamos. Desde luego que todo el problema es esencialmente económico y que a pesar de

nuestra buena voluntad, si la asignación hecha en presupuesto se queda dentro de los límites reducidos que se proponen, el mayor número de los enfermos ahora en los hospitalillos municipales tendrá que permanecer allí sin esperanzas en buen tiempo de recibir los beneficios del Manicomio Insular.

Deseo pues recabar de usted su cooperación en su doble carácter de Presidente del Comité de Sanidad y Beneficencia de la Cámara y de médico, a los fines de obtener que la asignación propuesta sea elevada a fin de que pueda este Departamento contar con medios suficientes para afrontar debidamente este especial aspecto de beneficencia y salud pública de Puerto Rico.

Deseo decirle además y de modo general que el presupuesto recomendado por la Comisión de Hacienda para el Departamento de Sanidad reduce en gran parte las asignaciones actuales. Sobre este asunto he escrito al Presidente de la Cámara y al Presidente de la Comisión de Hacienda y tengo la seguridad de que usted hará todo cuanto sea posible porque se aumenten las partidas a tono con las condiciones económicas del país, pero teniendo en cuenta los graves problemas de salud pública de nuestro pueblo.

De Ud., con la mayor admiración,

Dr. Pedro N. Ortíz,
Comisionado de Sanidad.

12ª Asamblea.
1ª Legislatura.

P. DE LA C. 155.

En la Cámara de Representantes de Puerto Rico.

Los señores Fernández García (Eugenio) y Marty presentaron el siguiente proyecto de

L E Y

Para regular la admisión de pudientes en Instituciones de Caridad y Beneficencia del Gobierno Insular, y para otros fines.

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Sección 1.—Los Jefes de los Departamentos del Gobierno Insular, o personas a cuyo cargo estén ahora o puedan estar en el futuro las Instituciones de Caridad o Beneficencia, tales como Sanatorio de Tuberculosos, Manicomio, Leprosería, Hospitales de Distrito, etc., no permitirán el ingreso en dichas instituciones de pacientes pudientes, mientras haya pendientes de resolución solicitudes para asilar enfermos indigentes.

Sección 2.—Los enfermos pudientes que sean admitidos en dichas instituciones, lo serán mediante la expresa condición de que tendrán que ser removidos de dichas instituciones, en cualquier tiempo, si las condiciones del enfermo lo permiten, para dar cabida a enfermos pobres.

Sección 3.—Los familiares, tutores o encargados de dichos enfermos pudientes que hayan gestionado el ingreso a dichas instituciones de los enfermos pudientes quedarán comprometidos a cumplir la condición a que se refiere la sección anterior; y en el caso de la falta de cumplimiento de dicha condición, al ser notificado por escrito, por segunda vez, el Jefe de Departamento o encargado de dichos planteles, procederá a trasladar el enfermo pudiente a la casa de sus familiares, tutores o encargados, contra los cuales podrá establecer la acción civil correspondiente para el cobro de los gastos del traslado y cualesquiera otros que sean necesarios para la seguridad y bienestar del paciente.

Sección 4.—Para los efectos de esta Ley se consideran enfermos indigentes aquellos cuyos padres o encargados no sean contribuyentes al Tesoro Insular, si son menores de edad, o aquellos que, siendo mayores edad, tampoco contribuyan a las cargas del Estado, o que paguen contribuciones al Tesoro Insular en uno u otro caso, por propiedad mueble o inmueble con un valor de tasación menor de mil (1,000) dólares, considerándose al efecto, pudientes, cuando la contribución al Tesoro Insular exceda de dicha cantidad.

Sección 5.— Toda ley o parte de ley que se aponga a la presente, queda por ésta derogada.

Sección 6.—Esta Ley comenzará a regir a los noventa días desde la fecha de su aprobación.

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

OFICINA DEL COMISIONADO

San Juan, Marzo 18, 1929.

Sr. Pdte de la Comisión de Sanidad y Beneficencia de la Cámara de Representantes de Puerto Rico y señores miembros de la misma.

Señores:

Tengo el honor de dirigirme a esa Comisión para respetuosamente referirme, como Jefe del Departamento de Sanidad, a un proyecto de ley (el No 155) sometido a la consideración de la Cámara de Representantes por los Honorables Dr. E. Fernández García y Dr. Marty Pérez, "Para regular la admisión de pudientes en Instituciones de Caridad y Beneficencia del Gobierno Insular y para otros fines."

En la Sección primera de dicho proyecto se dice que los Jefes de los Departamentos del Gobierno Insular o personas a cuyo cargo estén ahora o puedan estar en el futuro las Institcuiones de Caridad y Beneficencia tales como el Sanatorio de Tuberculosos, el Manicomio, la Leprosería, los Hospitales de Distrito, etc., no permitirán el ingreso en dichas instituciones de pacientes p u d i e n t e s mientras haya pendientes de resolución solicitudes para asilar enfermos indigentes. El único Jefe de Departamento del Gobierno Insular a cuyo cargo pueden estar y están las Instituciones de Caridad y Beneficencia es el Comisionado de Sanidad, por disposición del Acta Orgánica, de modo pues, que este proyecto de ley viene a afectar directamente y casi exclusivamente al Departamento bajo mi dirección. Por ello creo mi deber exponer mis puntos de vista ante ustedes en previsión de que con la legislación propuesta pudieran sobrevenir dificultades en las instituciones mencionadas.

Empiezo por declarar que el propósito que parece perseguirse con esta legislación o sea dar prelación en los ingresos a las prsonas que carecen de medios de fortuna, me es altamente simpática y coincide además fundamentalmente, con la práctica que se ha venido observando, la cual, desde luego, ha estado siempre regida por legislación ya vigente; pero que a mi juicio este proyecto de ley, lejos de aumentar las facilidades de admisión de pobres en algunas Instituciones de Caridad, podría resultar un obstáculo para esas mismas admisiones y, sin beneficiar a los pobres, perjudicar además a nuestra clase media, con daño para el interés público. Voy a explicarme:

El ingreso de pacientes indigentes en las instituciones está limitado y tiene que estarlo, por el número de plazas autorizadas en la Ley de Presupuesto. La razón es obvia: No podríamos admitir en ninguna institución enfermos sin te-

ner dinero disponible para sostenerlos allí. Cubiertas las plazas para enfermos pobres autorizadas en presupuesto, todo otro espacio disponible, por muchas solicitudes de enfermos pobres que hubiera pendientes, no podría ser dedicado a ellos. Tal como está la ley propuesta, por el simple hecho *de que hubiera solicitudes pendientes de resolución* para enfermos pobres no podría ocuparse el espacio vacante con enfermos pudientes.

Por ejemplo: En el Manicomio Insular, en sus nuevos edificios, podrían acomodarse 750 pacientes. Hasta ahora El Pueblo de Puerto Rico sostiene en el viejo edificio 450 pacientes. Tendríamos espacio para 300 pacientes más, el cual, si no se ocupa con pobres por falta de asignación, habría de permanecer vacío, a pesar de que habría muchos enfermos de mediana posición que ingresarían sin representar una carga para Puerto Rico.

Me refiero a la clase media, porque la adinerada puede enviar sus enfermos fuera del país y porque el límite que se establece en la ley para diferenciar la insolvencia de la condición de pudiente es el pago de contribuciones por propiedades de un valor de $1,000. Mil dólares valen en Puerto Rico la humilde casita de la viuda con ocho hijos; la finquita del pequeño agricultor arruinado por el ciclón; la tiendita del comerciante de los más pequeños pueblos de la isla. Estos en el caso desgraciado de tener un enfermo de la mente en su hogar, no podrían utilizar los servicios del Manicomio Insular a cuyo sostenimiento contribuyen y para cuya erección ya contribuyeron y siguen contribuyendo. Esto como dije antes, sin beneficio alguna para los pobres, puesto que el número de ellos está limitado por la asignación que se haga en presupuesto para su sostenimiento.

Claro está que pudiera pensarse que El Pueblo de Puerto Rico debería hacer el esfuerzo de asignar suficiente dinero para que todas estas plazas disponibles fueran ocupadas por pacientes pobres; pero habría de preguntarse si es posible en las actuales circunstancias de penuria aumentar el presupuesto a esa altura, gravando más a las mismas personas a quienes se les negaría en absoluto toda esperanza de utilizar el establecimiento, sobre todo teniendo en cuenta la carencia en Puerto Rico de establecimientos que pudieran ofrecer estos mismos servicios en igual condición y a igual costo a estas clases cuya vida económica es tan difícil.

Como digo antes, hoy se sostienen 450 pacientes pobres en el Manicomio. Acaso la Comisión de Hacienda de la Cámara pueda hallar medios para que se eleve ese número hasta 600. Esa sería nuestra recomendación. Las 150 plazas restantes podrían ser ocupadas sin detrimento para los pobres, por los que pagaran los cánones establecidos por ley con un máximum de tres dólares diarios.

Los dineros así ingresados, de acuerdo con la legislación vigente, se distribuyen en tres partes:

1º—Manutención de los propios enfermos pudientes.

2º—Ropas y avíos de cama de la institución. (Con lo cual ya estos pudientes contribuyen una vez más para el sostenimiento de los pobres)

3º—Gastos imprevistos de la institución. De modo pues que el ingreso de pudientes en el Manicomio Insular en esta forma, no solamente no perjudica a los pobres sino que les ayuda al ayudar a sostenerle sus gastos en la institución.

Además quiero llamar la atención hacia el hecho de que las admisiones en el Manicomio Insular están regidas por

Ley aprobada en marzo 14 de 1907, enmendada en marzo 7 de 1912 y nuevamente enmendada en abril 30 de 1928. En dicha ley se establece que en los casos de pacientes cuyo ingreso se hace a virtud de 'locura peligrosa" por orden de una Corte, si se hallare que el enfermo posee propiedad, éste deberá pagar al Pueblo de Puerto Rico por su atención. Además, en el caso de pacientes particulares a los que por su condición peligrosa se negare la salida solicitada por sus familiares, se seguirá cobrando pensión según el contrato. Pensamos si estas disposiciones no estarán en conflicto con las disposiciones de la ley propuesta. En el proyecto no se establece solución a este conflicto.

Vameos ahora en cuanto a los Hospitales de Distrito:

El ingreso en estos hospitales que todavía no están funcionando por estarse ahora tramitando los pedidos de sus equipos, está regulado por la Ley No. 56 "'Para establecer el méttodo de admisión de enfermos en los Hospitales de Distrito del Gobierno Insular y para otros fines", aprobada en 30 de abril de 1928. Ya en la Sección 1ra. se dice que el número de camas de los Hospitales de Distrito se distribuirá proporcionalmente al número de habitantes de cada municipio de la isla y que será ocupado por enfermos procedentes de dichos municipios a solicitud de las autoridades municipales y previa certificación de las condiciones de insolvencia y residencia del enfermo. Hay un "disponiéndose" para que el Comisionado de Sanidad pueda reservar fuera de los cupos antes señalados, un número de camas no mayor de un 25% para admisión de casos de especial interés científico o de especial interés para la salud pública.

Sería lamentable que en casos de especial interés científico o de especial interés para la salud pública no pudiéramos tener discreción para admitir estos enfermos en los hospitales cuando el enfermo tuviera una propiedad de mil dólares y sólo por esa condición. La ley establece que la cuota de enfermos pudientes ingresará en un fondo especial

En cuanto al Leprocomio o Leprosería deberé decir que el ingreso en esta institución no se hace a solicitud de los pacientes sino que se hace por orden de la Autoridad Sanitaria porque es aquel un hospital de aislamiento y el aislamiento en este hospital tiene que hacerse obligatoriamente cuando siendo el paciente pudiente o pobre las condiciones en que se encuentre en su hogar no satisfacen los reglamentos del Comisionado de Sanidad de Puerto Rico, promulgados de acuerdo con la ley para estos casos para la protección de la salud pública. Un paciente pudiente descuidado puede ser un peligro mayor que un paciente pobre y cuidadoso.

He dejado para último término el Sanatorio de Tuberculosos porque éste merece atención especial. El Sanatorio para Tuberculosos es una institución que está ahora en plena etapa de crecimiento y desarrollo. Es una institución sin concluir. Dada la gran necesidad existente, fué preciso habilitarlo cuando solamente había allí casetas para enfermos y prácticamente se carecía de todos los demás servicios. Esta institución se ha hecho principalmente con donativos particulares. En dos o tres ocasiones se han asignado dineros públicos para erección de edificios allí, pero dada la condición económica del Tesoro de Puerto Rico habríamos de preguntarnos cuánto tiempo habrá de transcurrir antes de que estemos en condiciones de asignar fondos nuevamente para las edificaciones nece-

sarias a la conclusión del Senatorio. Ahora están concluyéndose seis casetas nuevas en que se pueden albergar hasta treinta y seis enfermos más y se ha concluído la cocina central (hasta ahora teníamos cocinas provisionales); y se han concluído tres comedores (hasta ahora teníamos casetas habilitadas para comedores). Ahora se acometerá la obra del alcantarillado. Todo ello puede hacerse a virtud de que hay en el Sanatorio un pequeño número de enfermos pudientes cuyas cuotas se destinan por ley: en un 25 por ciento a reforzar la partida de subsistencia y en un 75 por ciento a la construcción de edificios y otros gastos necesarios de la institución. De modo que la presencia en el Sanatorio Insular de los enfermos pudientes lejos de ser contraria al interés de los pobres resulta en su gran beneficio, puesto que con sus cuotas sigue construyéndose el Sanatorio y van habilitándose contínuamente nuevas casetas para la admisión de pobres.

Desde el año 1923 la Legislatura asignó dinero para 200 pacientes en el Sanatorio Insular; sin embargo, no fué posible admitirlos, quedando así a fines de año un gran balance sin disponer para los gastos de la institución. Todo ello a virtud de la falta de local. Al comenzar el año 1924-25 había 163 enfermos más o menos en la institución; en el año 1925-26, 166 más o menos; del 1926 al 1927 en cambio hubo 205 enfermos más o menos y actualmente tenemos 219 enfermos.

Si la ley propuesta se aprobara se detendrá totalmente el desarrollo del Sanatorio y por muchos años no podría aumentarse el número de asilados, porque el número de solicitudes que hay pendientes en el Sanatorio es tal que sería compleamente ilegal la admisión de enfermos pudientes.

Los pacientes pudientes a que hacemos referencia son casi en su totalidad veteranos puertorriqueños de la Guerra Mundial y sería lamentable que sin provecho para los enfermos pobres de Puerto Rico se les negara a estos pacientes, cuyos gastos allí los paga el Gobierno Federal, los beneficios del tratamiento sanatorial, habida cuenta de la carencia que hay en Puerto Rico de establecimientos privados para esta clase de enfermos. Acaso para el día que los haya El Pueblo de Puerto Rico esté en condiciones de pasarse sin la ayuda que significa la presencia de estos veteranos en el Sanatorio.

Me permito sugerir que si lo que se desea es que la plazas asignadas en presupuesto se dediquen todas a pobres y no se cuente dentro de ese cupo al enfermo pudiente, se agregue en la Ley de Presupuesto la palabra "pobre" después de la palabra "paciente" y se diga así: "para la manutnción de tantos enfermos pobres en tal institución, tanto."

En la Sección 2a. de la ley propuesta se establece que los enfermos pudientes se admitirán con la condición expresa de ser removidos de dichas instituciones en cualquier tiempo, para dar cabida a enfermos pobres. En condiciones tan llenas de incertidumbre es de suponer que muy pocas personas llevarían enfermos a ninguna institución.

RESUMEN:

1º—Fundamentalmente coincidimos en el propósito con los distinguidos legisladores.

2º—El ingreso de pacientes indigentes en las instituciones está limitado por las asignaciones de presupuesto para su sostenimiento.

3º—El uso de espacio sobrante por pudientes no perjudica a los pobres.

El ingreso de pacientes pudientes beneficia a los pobres y al gobierno puesto que provee fondos adicionales.

5º—En el caso del Sanatorio la admisión de pacientes pudientes es la única fuente de ingreso para su ampliación en beneficio de los pacientes pobres.

6º—Sin los pacientes pudientes se estancaría el desarrollo del Sanatorio permaneciendo con la capacidad actual.

7º—La aprobación de la ley en la forma en que está redactada crearía una situación difícil e innecesaria para la clase media, sin provecho alguno para nadie.

8º—El ingreso de pacientes pobres y pudientes en el Manicomio y en los Hospitales de Distrito está regulado por legislación anterior que estaría en conflicto con la que se propone.

9º—Los ingresos en el Leprocomio obedecen a razones de salud pública y no a la condición de solvencia o insolvencia.

10º—Dadas las condiciones económicas del país es muy de considerar si estamos en aptitud de elevar el presupuesto hasta el punto de ocupar con enfermos pobres todo el espacio disponible en las instituciones.

Yo tengo la certeza de que los distinguidos autores del proyecto de referencia al conocer que su buen propósito quedará cumplidamente satisfecho sin necesidad de esta ley, no habrán de insistir en ella una vez conozcan, además los perjuicios que su aprobación podría acarrear la marcha de estas instituciones del Pueblo de Puerto Rico.

Muy atentamente,

Dr. Pedro N. Ortíz,

Comisionado de Sanidad.

Ninguno de los citados proyectos 69, 70, 155 obtuvo la sanción de las Cámaras Legislativas.

Allanadas las dificultades se anuncia la inauguración del nuevo edificio para tener efecto el día primero de julio próximo, principio del año económico de 1929-1930. Será un acontecimiento que debe llenar de orgullo y regocijo el corazón del pueblo de Puerto Rico. El nuevo Manicomio es una grande obra de progreso moral, material y científico que nos honra como pueblo de esfuerzo propio en la empresa suprema de la civilización. El proclama el éxito de nuestras superiores aspiraciones como pueblo civilizado y será siempre un ilustre testimonio de nuestra consagración a la misión que nos ha señalado la Divina Providencia en el cumplimiento de nuestros propios destinos.

El Manicomio no nace, por supuesto, con este edificio. Esta estructura glorifica un pasado que constituye su historia y representa el paciente, persistente e inteligente empeño del pueblo de P. R. en la lenta formación de esta institución, a través de más de un siglo, que ahora culmina con el edificio moderno. El Manicomio de Pto. Rico tiene simplemente un nuevo hogar, digno de los tiempos en que vivimos. Pero el Manicomio es una de las instituciones sociales más antiguas de Puerto Rico. Se inició en 1822 y se fundo en 1844 con 23 pacientes, 15 hombres y 8 mujeres. Hoy presta sus servicios a más de 500. El nuevo edificio acrecienta la capacidad de la institución para el desempeño de sus funciones y no sólo podrá prestar sus servicios a mayor número de enfermos sino que las condiciones de que estos disfrutarán serán considerablemente superiores a las antiguas y las existentes.

El Manicomio ha llegado a ser la mejor y más vasta institución de Puerto Rico, la que mejor expresa nuestra índole, la que mejor expresa nuestro progreso social. Este edificio es el reconocimiento de que, apercibidas las autorida-

des de Puerto Rico de la magnitud de los servicios que esta institución presta al país, de su importancia en nuestra vida social y de su valor representativo como exponente de nuestro esfuerzo constructivo en la lucha por el progreso, resolvieron, en un acto de inteligencia y de justicia, dotarla del local que la ciencia y el arte y los tiempos modernos demandaban para ella.

En mi opinión el nuevo edificio es espléndido y reune las condiciones que exigen los adelantos de la ciencia médica en las ramas de la Neurología. El mérito de la construcción pertenece al Departamento del Interior y, como la perfección es, en esencia, atributo que sólo pertenece a Dios, puede haber deficiencias que el mismo departamento tendrá el acierto de corregir. Yo fuí ignorado en absoluto para la confección de planos, etc., y tal actitud, que ha extrañado a mis amigos, merece mis aplausos y agradecimiento porque, al mismo tiempo que me releva de responsabilidades, me otorga la fama de profeta, toda vez que en la memoria escrita por mí en el año 1894 expuse:

"EL DIA, ACASO NO MUY LEJANO, EN QUE FELIZMENTE, SE ADOPTE EL PROPOSITO DE INSTALAR UN MANICOMIO PROVINCIAL, PRESCINDIENDOSE DE LOS VIEJOS Y COSTOSOS HABITOS QUE CONSERVAN CONFUNDIDAS FUNCIONES TAN DIVERSAS, NO FALTARAN CAMPROFESORES QUE, CON MAS ACIERTO, DIRIJAN EL PLANO Y REGLAMENTACION ACOMODANDOLO AL EJERCICIO DIARIO Y PERMANENTE DE FACIL Y EXQUISITA VIGILANCIA DE ENFERMOS Y ENAGENADOS, LOGRANDO UN VERDADERO CONSORCIO DE LOS ASILADOS CON EL FACULTATIVO OBSERVADOR."

Mis relaciones profesionales con la institución del Manicomio datan del mes de enero de 1894 en que fuí nombrado, por riguroso concurso, Médico-Cirujano de los dos establecimientos de que entonces se componía el instituto: el Manicomio y la Beneficencia.

Al Manicomio he dedicado mi vida entera y puedo decir por esto que moralmente él es la obra de mi vida. Ante Dios humildemente me arrodillo, dándole las gracias por haberme concedido el privilegio de prolongar mis años para celebrar la gloria de triunfo de los esfuerzos del pueblo de Puerto Rico, y de mis propios esfuerzos, en el desarrollo de una grande obra de humanidad y de progreso social.

En la ilustre Universidad de Santiago de Compostela, Galicia, España, el 24 de junio de 1878, día en que San Juan de Puerto Rico, capital de Borinquen, celebra su fiesta anual, obtuve el título de Médico-Cirujano. En aquellas emocionantes horas me acompañó mi leal amigo, mi noble compañero, el eminente sabio puertorriqueño Eliseo Font y Guillot; su seblante fué fiel espejo del regocijo que experimentaba su bien templada alma. Cúmplense seis años que sus restos orgánicos reciben el calor terrestre de nuestra amada isla; a ella consagró él todas sus energías; con la intensa luz de su privilegiado cerebro iluminó el sendero de nuestra cultura, y siempre comulgó en el Sacrosanto Altar de la Patria. Al terminar estos datos históricos, ríndole póstumo homenaje dedicándole mi pobre labor y exclamando como él exclamaba:

"Gloria in excelsis Deo, et in terra pax hominibus bonae voluntatis."

Dr. Francisco R. de Goenaga,
Director del Manicomio.



Al fundar nuestro moderno Manicomio, no era posible pasar inadvertida la gloriosa memoria del insigne Pinel que luchó denodadamente hasta conseguir la redención de los locos colocándolos en la categoría de verdaderos enfermos de la mente, ávidos de tratamiento humano, y los dignificó rompiendo las cadenas que los aprisionaban; acción sublime, grabada indeleblemente en los anales de la Psiquiatria y glorificada en Puerto Rico, de igual forma a la adoptada en El Conjo—Santiago de Galicia, con artística alegoría cincelada sobre el pórtico del edificio, adaptado al estilo de arquitectura española.



Vista de la fachada del edificio de Administración del Manicomio Insular



VISTA GENERAL DEL MANICOMIO.



Uno de los claustros de elegante traza que dan al espléndido edificio el ambiente de reposo y de paz que requiere la finalidad a que se destina.



Sala de hidroterapia en la que están reunidos todos los adleantos de la ciencia, pudiéndose administrar a los enfermos baños a las más diversas temperaturas, gracias a la instalación que consiente los más rápidos cambios.



Ducha Circular y Duchas de diferentes presiones y temperaturas.



Baños de Luz y la Ducha Circular que está indicada para los casos de postración nerviosa.



SALA DE OPERACIONES DE EMERGENCIA Y DORMITORIO.



VISTA PARCIAL DE LA TERRAZA.



GALERIA DE LA TERRAZA.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO CADA DOS MESES BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA.

Año XXII. | JULIO Y AGOSTO DE 1929. | Núm. 172.

EDITORIAL

INFORME PRELIMINAR DEL COMITE INVESTIGADOR

El Comité del Seno de la Corporación, comisionado para informar acerca del trastorno profesional levantado en el país por las noticias de la aparición en el exterior de un Médico que hace curas asombrosas en enfermos deshauciados, en sus padecimientos, por los sacerdotes de la ciencia, ha desempeñado la ingrata labor abandonando la serenidad del trabajo metódico ordinario para ir en busca de los factores que habían de iluminar la mente con la luz de creaciones hasta ahora fuera del alcance de sus medios.

La sacudida eléctrica impuesta a nuestra sociedad con la aparición del hecho colectivo no había movido nuestra parsimonia profesional a no ser porque en medio de las luces vivas de colores encendidos, flameantes y deslumbradores, no viéramos danzar las figuras respetables de algunos estimadísimos compañeros a quienes no quiso el cielo otorgar, en esta ocasión, el apoyo de la serenidad y aparezcan en la danza dando tono, realce y vida a una sacudida popular revolucionaria en el campo de la ciencia, la que al reducir sus fuerzas ampulosas habrá de quedar limitada a términos de doloroso ridículo.

Casos de charlatanismo hemos tratado con pasiva indiferencia en varias ocasiones. Las circunstancias de la participación de algunos compañeros en la ocasión presente, nos obliga a extremar la mesura y al propio tiempo a proceder con mayor severidad que en caso otro alguno.

La Asociación Médica de Puerto Rico sabe cumplir y cumplirá con su deber.

FUENTES DE INFORAMACION

1—Visita de inspección hecha a diferentes institutos médicos, en las cuales fueron tratados y se estaban tratando enfermos por el procedimiento de la reflexoterapia, actuando sobre los filetes endonasales del trigémino.

2—Visitas de inspección a distintas poblaciones de la isla de las cuales se habían reportado curaciones por la Prensa.

3—Visitas y examen personal a un buen número de enfermos, tratados y que se dieron públicamente como curados o mejorados.

4—Informaciones recibidas de médicos que han usado el procedimiento y entre ellos, uno que ha instituído más de un mil tratamientos.

5—Cartas y declaraciones juradas de personas de San Juan y de la isla que se habían sometido a la reflexoterapia nasal.

6—EExamen post-operatorio de un número de personas tratadas en el "Sanatorio Auxilio Mutuo" y en el consultorio privado del Dr. Figueredo, practicando con el fin de precisar con la posi-

ble exactitud la región nasal donde fueron tocadas.

7—Observaciones cuidadosas de más de cien casos tratados directamente por miembros del comité. En este número se incluyen cinco que comenzaron el tratamiento en el "Auxilio Mutuo", en presencia de una comisión de nuestra sociedad.

8—El grupo de enfermos tratados por el comité personalmente, se puso a prueba el resultado de diferentes técnicas empleadas, entre ellas una de simulación del tratamiento. Hízose uso de la cauterización diatérmica, el galvanacauterio, masaje o toques y simulación.

Resulta preliminarmente:

Con el material suministrado por dichas fuentes de información, nosotros podemos abordar el problema considerándolo desde dos puntos de vista; uno, desde un aspecto científico; y otro desde su aspecto moral.

Aspecto científico: La reflexoterapia cuando más podría actuar sobre las algias y otros fenómenos patológicos funcionales, especialmente los de origen nervioso. Pero aun sobre tales síntomas carece el comité de datos bastantes y suficientes para precisar si la acción es transitorio o permanente. Importa consignar que en algunos casos se aplicó el tratamiento ignorándolo el enfermo, con resultados negativos, y repetida la intervención, advertido el individuo que se le iba a tratar por el método del trigémino, acusó inmediatamente franca mejoría.

En otro grupo, en el que se sometieron a una simulación del tratamiento, anunciaron, en el acto, que los enfermos se encontraban mejor.

En términos generales el comité no ha obtenido curaciones francas en ninguno de los casos que trató, ni pudo comprobarlas en los que examinó después de informada públicamente su curación.

El comité está convencido de que la reflexoterapia, por vía nasal, es ineficaz para la curación de cualquier lesión orgánica.

Aspecto moral: El Comité solicita de la asamblea, en gracia a lo que queda expuesto que afirme y ratifique la acción tomada en este desagradable asunto por la Junta Directiva de la Asociación Médica.

Que se declare inmoral, porque es contrario a los principios de la ética médica, el pregón ruidoso de curaciones maravillosas y porque lleva al extravío el buen sentido de la opinión pública.

El comité recomienda, así mismo, a la asamblea que exprese su disposición a corregir con mano firme y hasta donde lo permitan los recursos legales, las violaciones del código de moral profesional, y, que para ello demanda la cooperación de los asociados que la prestarán apartándose de las corrientes de la vocinglería popular y manteniéndose en el terreno de una práctica generosa, honesta y desinteresada.

Dr. Nicolás Quiñones Jiménez,
" I. González Martínez,
" Ramón M. Suárez,
" M. Juliá,
" Agustín R. Laugier,
" M. Díaz García,
" M. Pujadas Díaz,
" Mariano Caballero.

DISCURSO LEIDO POR EL PRESIDENTE DR. RAMON M. SUAREZ, EN LA ASAMBLEA CELEBRADA EN HUMACAO EL DIA 4 DE AGOSTO DE 1929.

Amigos y compañeros:

Un saludo de franca cortesía a todos los que forman esta simpática concurrencia, mostrando con vuestra presencia el interés que os merece la Asociación Médica de Puerto Rico. En nombre de ella yo os doy gracias por vuestra hospitalidad. A un mismo tiempo y con vuestro permiso, dejad que aproveche la ocasión para hablaros de la gran obra que se está llevando a cabo; el Edificio Médico.

Allá en los comienzos de la formación del ejército de nuestros asociados, cuando aun era todo sueño y lejano ideal esta pujanza de nuestra presente fuerza unida, en cuanto empezaron nuestros predecesores a formar el núcleo de nuestra hoy ya púber Asociación, germinó la idea de una casa, de un hogar para los médicos. Las hay en todos los países civilizados. Es una necesidad imperiosa para la celebración de nuestras reuniones, es también necesaria como un signo tangible de nuestra unión, y será también el legado que orgullosamente donemos a las futuras generaciones médicas.

Sí señores, será un orgullo muy legítimo el de cada médico que contribuyó con su ayuda material a la realización de ésta obra, pero faltan más del 50% de nuestros compañeros por contribuir. Yo espero que lo harán inmediatamente, espero que no ha de serles indiferente el ejemplo de los otros, de los que han aportado su óbolo, espero, que no vuelvan indiferentes las espaldas ante la solicitud nuestra, que no sean los médicos de ésta Asociación, un ejemplo más de la falta de voluntad, de la falta de corazón y de la falta de energías que dicen roen nuestra pobre raza. Es cierto qu ereina por todas partes la incuria, que será un sacrificio para la mayoría de los asociados, pero el fin bien vale el esfuerzo.

Aunque algunos pocos faltos de civismo y largueza no quieran contribuir, aunque otros pocos por egoismos personales y rencores olviden que esto es algo de todos, que no es individual, que es un bien para todos los médicos y hasta un bien general para el país, aunque otros poco escépticos miren este esfuerzo como algo inútil, yo sé que la bondad de la idea ha de vencer y que la mayor parte de nuestros compañeros ayudarán aun a costa de un sacrificio, con su esfuerzo personal a dar cima a esta obra. Hay que evitar a todo trance que cuando vengan médicos extraños tengamos que pasearlos, como ahora, por viejos y sucios zaguanes que denotan inmediatamente nuestra pobreza y desidia.

La construcción del edificio avanza rápidamente. Cuando vayais para San Juan, debeis pasar por la carretera nueva, Ave. Fernández Juncos, y allí detrás del Asilo de Niños de Santurce, veréis un letrero que dice: "En éste solar se construirá el Edificio de la Asociación Médica de Puerto Rico". Y notaréis seguido, que el edificio se construye, se está construyendo y que sus paredes se levantan firmes desafiando al pesimismo y el escepticismo. Falta poco para terminar la primera planta. Y consideramos no solamente una obligación moral, sino un honor, un privilegio para todo médico de Puerto Rico el mirar dentro de algunos

sudores nocturnos, estaba afónica, tos y mucha debilidad. Examen mostró estertores subcrepitantes en el vértice izquierdo. Temperatura a las 11 A. M. 38.2, pulso 120. Este caso clínicamente era de Tuberculosis avanzada. Después de tres meses de reposo había mejorado, siendo 110, la afonía había desaparecido y la auscultación sólo mostraba estertores inconstantes en el vértice izquierdo. Una placa tomada en esta fecha mostró evidencia de actividad en el pulmón izquierdo, las lesiones del derecho siendo en su mayor parte fibrosas. Recomendé por tanto dos meses más de reposo, habiendo seguido después de esto la paciente bien hasta la fecha.

No. 382. R. M. Hombre de 44 años, casado, de color,. En Octubre de 1927 tuvo una "grippe". El examen clínico mostraba estertores suncrepitantes y sibilantes en ambos vértices. Después de algunas semanas de reposo estos signos aclararon. Una placa tomada en esta época mostró muy pocas lesiones. En agosto de 1928 tuvo una pleuresía seca en el lado izquierdo que también aclaró rápidamente. El paciente no siguió mis instrucciones debido a sus ocupaciones de comerciante. Para este tiempo una de sus hijas de 13 años, desarrolló una Tuberculosis con lesiones en el pulmón derecho, pero muy poca reacción febril. En Septiembre 29 pasado tuvo el paciente una hemoptipsis como de un litro, seguida de otras bastante abundantes hasta Octubre 8 en que cesaron. Una placa tomada en Nov. mostró una pulmonía caseosa interesando casi todo el pulmón izquierdo y lesiones menos avanzadas en el derecho. En exámenes subsecuentes se nota alguna mejoría, pero se empieza a iniciar síntomas gastro-intestinales, lo cual hace el pronóstico algo dudoso en este caso.

No. 388. P. G. Esta placa es interesante, pues muestra la curación de un caso moderadamente avanzado en el corto espacio de tres meses de reposo. Este caso fué referido por un compañero que tiene la primera radiografía tomada.

Comentario:—Los primeros dos casos son incipientes con distintos tipos de iniciación, uno por hemoptisis y el otro por síntomas catarrales y adinamia. El tercer caso era una Tuberculosis moderadamente avanzada pero con tanta actividad que clínicamente semejaba un caso avanzado. La radiografía tomada después de tres meses de reposo, nos sirvió de base para prolongar el tratamiento, mostrando que aún quedaban lesiones activas. Los últimos casos hablan por sí mismos. He tratado en este trabajo de traducir las sombras que aparecen en pulmones de Tuberculosos en lesiones patológicas, es decir, estudiar patología en el ser vivo. (living pathology). Si he conseguido demostrar la importancia de controlar el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis como único medio de seguir el curso de la enfermedad, consideraré suficientemente recompensado este humilde esfuerzo.



CLINICAS del HOSPITAL MUNICIPAL de SANTURCE

ESTUDIOS DE DOS CASOS DE ANEMIA (*)

Drs. Ramón M. Suárez—P. Morales Otero—R. Rodríguez Molina.

Rafael Rodríguez:—50 años; zanjero; natural de Guaynabo.—Ingresó en el hospital el día 4 de febrero.

Desarrolo y curso de la enfermedad:—Hace como un año el paciente empezó a sentir después de las comidas el estómago sumamente lleno y flatulencia. También se le presentaron diarreas. No tuvo nunca vómitos ni náuseas. Perdió el apetito y temía comer por el malestar que sentía después de haber comido. La sensación de malestar en el epigastrio le duraba como una hora más o menos después de las comidas. Frecuentemente tenía evacuaciones inmediatamente después de comer. Estas evacuaciones eran líquidas, espumosas, color normal, conteniendo a veces mucosidades, llegaron a ser de diez a veinte durante el día, y de tres a cinco por las noches; siempre acompañadas de mucho tenesmo y sensación de quemazón en el recto.

Muchas veces sufría inflamación de la boca, y la lengua la sentía sensible e irritada.

No toleraba ninguna clase de condimentos ni ácidos en las comidas. Arroz, habichuelas, pan, papas y cualquier comida con grasa empeoraban su condición. Se sentía mejor cuando comía yautías, plátanos y guineos. Nunca tuvo sangre en las evacuaciones.

El paciente no ha trabajado durante los últimos meses, porque se sentía bastante mal y le daban mareos con frecuencia. Después del ciclón estuvo en tratamiento para la anemia en Guaynabo, pero se sintió peor. Llegó a tomar nueve purgantes para la uncinariasis en los últimos cuatro meses.

La dieta diaria del paciente, consiste en arroz, habichuelas, bacalao, yautías, patatas y alguna que otra vez vegetales verdes, como lechugas y tomates. La carne una vez a la semana si acaso. Leche y huevos eran artículos de lujo, especialmente después del ciclón.

Historia pasada:— Enfermedades propias de la niñez. Por lo demás negativo.

Historia familiar:—El padre murió a los 75 años, causa desconocida.

La madre a los 85; tampoco sabe de qué murió.

No tiene hermanos. Dos hermanas viven y gozan de buena salud.

El paciente es casado. La esposa no ha tenido abortos y los hijos están en buena salud.

SISTEMAS:—

Respiratorio:—Negativo, excepto por algún catarro, poco frecuentes.

Cardio vascular:—Alguna edema de las rodillas y mareos a vedes.

Gastro Intestinal:— Apetito bastante bueno, pero no podía comer debido al malestar en el epigastrio y a la irritación en la boca. Las diarreas continúan tales como fueron antes descritas.

Piel:—Pigmentación bronceada, descamación de la piel de ambas piernas.

(*) Presentados en las reuniones mensuales de la facultad del Hospital.

TAUMATURGIA Y MEDICINA -- ANTE EL ASUNTO DE LA REFLEXOTERAPIA EN ESPAÑA. INFORMACION DE UNA VISITA AL HOTEL PRINCIPAL DE SAN SEBASTIAN,

POR EL DR. ENRIQUE NOGUERA -- MADRID

CAMINO DE DONOSTIA

Conforme el expreso vuela hacia la bella ciudad vasca, vamos sintiendo mayormente la responsabilidad que contraemos con la opinión médica a la que deseamos servir con la ecuanimidad o independencia de juicio que son características de nuestra publicación, ¿Lo conseguiremos esta vez? Indudablemente, sí, será preciso, para ello, que nos resistamos a girar dentro de este torbellino público, de esta verdadera locura colectiva a que el país se ha entregado creyéndose en posesión del hombre redentor que por singular arte cura los dolores sólo con poner levemente su varita mágica en un punto de sensible sutilidad.

Ni aun en este tren, ni en esta noche, en que buscábamos un pequeño descanso a la fatiga cotidiana, nos vemos libre de la pesadilla. Es raro, en efecto, el departamento donde no se habla de lo mismo; del mago, del genio, del dios hacia el cual van atraídos irresistiblemente los que sufren.

EN SAN SEBASTIAN. — PRIMERAS IMPRESIONES

El estudio del ambiente local resulta de un marcado interés para nuestra información; él constituye uno de los móviles más precisos de nuestro viaje. Pero si nosotros no hubiéramos acometido este estudio, forzoso sería palparlo por que el ambiente de tal en explosiones populares es adhesión y culto al médico vasco, que nadie podría sustraerse a sus latidos.

En calles y cafés, en teatros y hogares, en todas partes, surge el defensor apasionado dispuesto a hacer callar la más leve insinuación de escepticismo. Hay que creer por imposición, sin razonamiento, porque nos lo mandan, porque nos lo exigen. No vale siquiera la posición ecléctica. El ambiente es de una coacción verdaderamente insoportable. Mas aun: intolerable, repulsiva para cualquier persona intelectual en su cabal juicio. El grupo de personas ecuánimes, templadas en sus juicios, que públicamente exterioriza su criterio, está en minoría y en franca derrota.

Es una hostilidad manifiesta, vocera o sorda, según la ocasión y los actores, pero tenazmente sostenida contra los médicos donostierras, que marchan por las calles como militares que perdieron la batalla. Y en medio de esta guerra sin precedentes y sin más justificación que la de un estado pasional locamente producido en el pueblo, no surge una voz en defensa de estos hombres meritísimos, que, como todos sus compañeros de España,a nadie ofendieron, que sobre todos derramaron austeramente su humana sabiduría, que consumieron su vida o consagran su juventud briosa al estudio razonado, severo, reflexivo, de los males de sus semejantes, que cada día laboran seriamente por dilatar los horizontes de la Ciencia...

LOS ENFERMOS "CURADOS"

Una de nuestras primeras preocupaciones en San Sebastián, es la de formar un amplio expediente médico pletórico de casuística. Y esto ha sido tarea fácil. Tan fácil que nos lleva a la imposibilidad de exponer ahora, por excesos de documentación precisamente, uno por uno, los abundantes casos que nos ha sido posible historiar.

Por otra parte, los enfermos que a San Sebastián marchan, han ido regresando a sus hogares y a sus médicos, y el control de sus *curaciones puede* ya hoy hacerse por cada facultativo. De modo que, en aras de la brevedad, bien podemos renunciar en este momento, a exponer aquí dichas historias o sus referncias, siempre dispuestas a la información de quien las deseare. Pero sí haremos constar, por creerlo de mayor interés, la enseñanza que dicha casuística nos brinda.

En primer término, se acusa fuertemente el hecho de no haber sido curado un sólo proceso con lesión orgánica. Ni uno sólo. ¿Está claro? Esto de las parálisis infantiles, las úlceras varicosas cerradas en el espacio de una noche, de las tabes dorsales de las diabetes, de reumatismo, de las otitis esclerósicas, no tiene más fundamento en cuanto a la pretendida curación que la de haberse producido, en algunos casos la atenuación en la intensidad de algunos síntomas dependientes del psiquismo, influenciados, por un mecanismo sugestivo. No hay quien pueda presentar un caso de esta clase demostrando su curación radical ni la más leve mejoría de sus lesiones anatómicas. No hay quien someta al examen médico uno de estos casos de sistema nervioso o de distrofia para comprobar su curación. Yo he invitado a algún diabético, cuya curación era pregonada por él mismo, a practicarle gratuitamente una curva glucémica. No ha aceptado Pero me ha dolido más, mucho más, que el médico que le acompañaba no tuviera ni idea—¡a estas fechas!—de la insulina... ni de la anatomía del trigémino.

Por San Sebastián pasean sus claudicaciones y sus dolores muchos de los que han sido dados en la prensa por curaciones definitivas. Unos dicen que lograron alivio. Otros confiesan que están igual o peor. Pero nadie rectifica. Hay quien vé un ridículo propio en la rectificación, hay quien evita producir perjuicios rectificando, hay acaso quien es dueño de un hotel, y donastierra, y cree pudiente callar.

Curaciones en casos de tipo neuropático, funcional, si que los hay. En competencia con cualquier otro centro milagrero. Y con cualquier médico que maneje hábilmente la psicoterapia, los resultados sugestivos. Casuística mayor aquí porque el marco la facilita. Porque hay un formidable agente sugestivo que es el ambiente nacional creado, el cual trae ya al enfermo convencido de que va a curarse. Pero de esto a que se hagan *milagros*, va alguna distancia. Y a que se trate de una "novedad científica" Bonnier, Asuero, y los que se han lanzado tras ellos nos permitirán una leve sonrisa. Si se nos dice que Asuero se mueve en un terreno científico cuando emplea la sugestión para curar o aliviar procesos que a la sugestión son susceptible de ceder, por carecer de mortificaciones celulares irreparables, diremos que la palabra "ciencia" no se ha barajado mal. La sugestión está permitida dentro de una clínica perfectamente científica. Pero cuando se nos habla de esas restituciones "ad integrun" logradas a veces en

minutos, en segundos, sin otra comprobación que la del fallo gritado por Asuero, o es efectivamente pregonado por el propio enfermo, y quiere además, hacérsenos creer que ello se ha obtenido mediante cosquilleos nasales cuyo fundamento y técnica se guardan herméticamente, entonces nosotros no tenemos más remedio que afirmar que el señor Asuero, o es efectivamente el Mesías de que hablábamos o es simplemente un humorista; el simpático Pistón del Aereo Club que allá en su fuero interno debe reirse "horrores" de los que lo discuten.

En definitiva, respecto a las curaciones de Asuero. ¿Qué hemos encontrado de nuevo sobre el tapete científico? De nuevo, nada. De extraño, de sobrenatural, de maravilloso, nada. Al menos, yo no lo he visto. Ni el señor Asuero lo ha revelado. Pero queda la cuestión de la técnica de Asuero. Del *método de Asuero,* que numerosos colegas aseguran haber empleado con disverso, y a veces fantástico éxito. Yo, que como se ha dicho en la prensa diaria, soy el primer médico español a quien Asuero ha mostrado y ha hecho ejercitar su "Técnica" no salgo de mi asombro cuando leo en los periódicos que ciertos colegas emplean el "método Asuero". Vamos, pues, a ver en qué consiste ese "método", esa formidable "técnica" en manos de Asuero, y, por suceso inesperado, en las mías pecadoras.

EXPRESION PREVIA DE GRATITUD CARACTER PURAMENTE INFORMATIVO DE MI VISITA A LA CLINICA ASUERO

Agradezco públicamente al doctor Pérez Cuadrado (padre) prestigioso médico de San Sebastián, Director de "Guipúzcoa Médica" y representante, allí de nuestra revista, que por un acto de deferensia personal accediera a acompañarme en mi primera visita al Hotel Príncipe, consiguiendo que el doctor Asuero—que se había negado pocos días antes al doctor Llopis, redactor médico de "La Voz" —permitiera que yo presenciara su actuación al día siguiente de solicitarlo. Quiero hacer constar que yo sólo pedí a Asuero presenciar como simple observador dicha actuación y que "no pasó ni remotamente, por mí, el pensamiento de poder practicar personalmente su técnica", práctica que no me interesaba poco ni mucho, fiel a mi misión de informador que aspiraba exclusivamente a referir en su revista médica todo aquello que presenciara. Después veremos por qué cierta gente, que un día me presenta como el médico más ilustre del globo, al siguiente me atribuye los más premeditados designios contra el intangible Asuero. Pero nos adelantemos en la historia.

AL HOTEL PRINCIPE

Miércoles, 22 de mayo de 1929. A las ocho de la mañana llegamos al Hotel Príncipe, en compañía de nuestro secretario señor Gómez Echaurren. A la puerta del hotel, los grupos de curiosos empiezan a tomar posiciones. Varias parejas de Seguridad vigilan.

Alcanzamos el tercer piso, donde Asuero tiene establecida su consulta. Por los pasillos bullen numerosas personas con ternos propios de diversas clases sociales. Unos minutos después llega el doctor Fernando Tamés, quien nos invita a descansar en la pieza en que este señor tiene instalada una especie de oficina receptora de solicitudes. En realidad, no

hay nada de característico en la oficina. Es, sencillamente, una alcoba de hotel, con su cama, su mesita, algunas sillas de junco, el consabido armario ropero y nada más. Sobre la mesa se amontonan cartas y telegramas de toda España y del extranjero, en demanda de auxilio del médico salvador. Examinamos rápidamente los impresos que sobre esta mesa están dispuestos para el inmediato uso:: unas tarjetas (dos modelos en distinto color) para el nombre y el número del enfermo. Una de ellas es claro, para primera, segunda y tercera visitas, en consecuencia con lo que se me afirma respecto al número de toques pituitarios a que el método suele llegar. Tiradas en multicopista hay un montón de circulares con el siguiente texto: Clínica del doctor Asuero. Hotel Príncipe, San Sebastián. Muy señor mío: Pida turno dentro de veinte días. Atentamente le saludo."

El doctor Asuero pasa su consulta en dicho hotel que no tiene ni unas sola habitación vacía.

El comedor del establecimiento funciona para todo el mundo a regular precio. Desde luego, los enfermos que se intervienen han de "hospitalizarse" previamente en el hotel. Según se nos afirma, de esta regla no se ha escapado ni siquiera un enfermo dueño de un gran hotel en la misma capital.

En torno de Asuero hay unos cuantos amgos y admradores muy conocidos en el Aereo Club de San Sebastián que bullen por el hotel haciendo públicas y efusivas manifestaciones de agradecimiento a Asuero por las curaciones que de sus dolencias ellos obtuvieron. Los periodistas son acogidos amablemente. El cuartel general de los reporteros está, naturalmente, en el hotel, foco de las noticias.

HABLANDO CON LOS AYUDANTES DE ASUERO.

Charlamos unos instantes con Tamés en tanto llega Asuero. Tamés nos explica el enorme trabajo que sobre ellos gravita desde hace dos meses, los formidables compromisos, que se les suscitan por la lluvia de recomendaciones de mayor peso, etc. Charlamos ampliamente de todo lo burocrático de la clínica. En cuanto al aspecto científico de la cuestión, Tamés sabe detenerme hábilmente en el pórtico, sin duda respetuoso con alguna consigna. Tamés, lo mismo que Aramburgo, el segundo ayudante de Asuero, se nos muestra como un hombre atento, cordial, reservado en sus juicios.

LLEGA ASUERO

Son las ocho y media cuando Asuero entra en el cuarto donde aguardamos. Pasa por el como un relámpago, estrechando mi mano, muy risueño y animoso. Gritando. Asuero es un señor que grita con una facilidad maravillosa. Es un carácter explosivo en efusiones que no rima con los tonos suaves. Grita, unas veces afectuoso, otras enojado o semienojado. Pero grita. Esto, al menos, en los días en que todos dicen, es propio de él. Sobre su aspecto, sobre el dibujo de su persona, nada he de decir. Sus incondicionales ya han hecho famosa su historia, tan popular en San Sebastián, como puede tenerla un hombre a quien todos conocen con el apodo de "Pistón" ostentando jaraneramente por él mismo.

A mí personalmente me parece Asuero un individuo extraordinariamente simpá-

tico, con ingenio suficiente, no ya para sugestionar globalmente a un país, sino para encantar al mundo entero.

Sus amigos dicen que es un hombre de ciencia que se ha pasado la vida entregado a profundos estudios. Yo no tengo derecho a poner esto en duda, aun cuando he examinado toda la colección de "Guipúzcoa Médica" sin hallar un sólo trabajo suyo; esto no excluye la idea de que el doctor Asuero tuviese inédita su obra hasta el momento. Al fin, esto es lo de menos cuando, efectivamente surge un creador.

Asuero sale del cuarto como un torbellino seguido de Tamés. Va actuar en su despacho, en ese cuarto soñado por millares de personas, cuyo acceso es defendido por un hombre alto y forzudo, especie de Ursus siglo XX, que continuamente empuja pasillo atrás oponiéndose a la invasión de los que pugnan por el arribo.

EN EL FAMOSO GABINETE

Aramburo viene por nosotros y nos introduce en el departamento de Asuero. ¿Sensación? No. Debemos declarar que el tremendo ambiente local de cosa maravillosa, de fenómeno ultraterreno, no ha pasado absolutamente en nuestro ánimo nunca, pero mucho menos en este momento en que entramos en el "fuerte" de Asuero y nos ponemos frente a él para observarlo serenamente en su calidad de hombre interesante por la sabiduría que se le atribuye. Aquí hemos agudizado nuestra atención a fin de poder reflejar, con la más escrupulosa veracidad, lo que allí se haga o se diga. Y aun cuando el ir y venir de Asuero en constante gritería y en arrolladora dinámica de su persona y de las personas y cosas que lo rodean podrían hacernos pensar que habíamos caído del cielo en medio de una horrible tormenta, nosotros, tercos ante toda sugestión extraña, nos aferramos por cabalgar sobre una nube y no perder el equilibrio.

Ya en este punto, vamos a hacer una advertencia solemne: nuestra descripción entra en un momento en que el comentario, por ligero que fuese, tendría forzosamente que quedar excluído. La elocuencia de los hechos, referidos perfectamente desnudos, brindarán a cada cual la interpretacin adecuada a su psicología y a su superior criterio. De lo que yo debo responder—y respondo con mi limpia ejecutoria de caballero—es de la verdad y de la exactitud rigurosa de lo que a continuación voy a referir, constatado, por lo que pudiera olvidarse, hasta en sus más mínimos detalles, por el digno señor Gómez Echaurren, testigo presencial de las escenas.

El departamento de Asuero consta de las tres piezas clásicas en arte hotelero: gabinete de recibo, alcoba y cuarto de baño. El gabinete sirve aquí de antesala donde actúan los ayudantes y se detienen unos momentos los enfermos que van a ser asistidos. Varias sillas, diván, mesitas, etc. En una de estas hay un gran retrato del infortunado Luis Egaña y otro de dos figuras femeninas, acaso familiar. Hay una mesita dispuesta para la documentación de la clientela. Sobre ella vemos un modelo de hoja clínica impresa. Precisamente la que acaba de fotografiar un diario madrileño para demostrarme que allí se llevan las cosas científicamente. Examinando esta hoja impresa, preguntamos a Aramburo:

—¿El historial de la clínica?

—No—me responde— Estos impresos son míos particulares, y los he traído provisionalmente.

Paso mi vista por las historias que se esparcen sobre la mesa y veo, perfectísimamente que de sus múltiples casilleros sólo hay ocupados, los que se refieren a la dirección del enfermo, y en algunas, el del diagnóstico. Hemos leído dos de estos diagnósticos: "Sordera", "Cojera".

ACTUA ASUERO

—¡Adelante!

Es Asuero el que nos hace pasar a su sala de operaciones echándonos el brazo por el hombro con aire de simpática camaradería. Y agregando:

—Lo verá usted todo! Aquí no hay trampa ni cartón. La actitud de su visita no puede ser más noble. Ver, primero, luego, enjuiciar. Es lo decente.

Poco hay que mirar en esta pieza para tardar en su descripción. Una mesita hotelera arrimada a la pared; sobre ella unas bateas que contienen todos los conocidos dispositivos del galvanocuaterio allí presente, que se alimenta de un pequeño aparato Sanitas, por lo visto abandonado ya en su uso. Hay también sobre la mesa unos espéculos nasales bivalvo, de tornillo, y unos cuantos estiletes rígidos y articulados. Complétase la sencilla dotación con un foco eléctrico frontal y una lámpara de alcohol de las usadas en los infiernillos de café. Cerca de la mesa, una silla de junco que se destina al enfermo. Entre la silla y la mesa, fijo en la pared, el enchufe de corriente que hay en todos los cuartos. Y nada más.

Asuero comienza por enojarse, y ya, durante toda la sesión, continúa el enojo en progresión geométrica, valga el símil. Grita a no sé quién culpándole de tener descompuesto el picaporte de su sala. Al ir a usarlo se ha hecho sangre en un dedo. Se dirige a la puerta del cuarto de baño y da otras cuantas voces hasta que aparece un chico y le ofrece un espéculo y un estilete. Regaña al chico por su desaliñado indumento, y después grita:

—¿Pero cómo no ha pasado ya el enfermo?

Tamés le hace pasar en el acto. Es una pobre mujer que entra desenrollándose una venda puesta en la pierna derecha. No hay interrogatorio ni historia clínica. Pero en fin, a la vista tenemos unas várices sobre las cuales quiere decir algo la propietaria.

—¡Siéntese y cállese!

—Mire, doctor; el caso es que!...

—¿Pero se quiere usted callar? ¡Dios, y qué manía de contarme lo que nada me importa!

Asuero se ha colocado el foco frontal, en tanto la mujer, quitada la venda, muestra, en ambas piernas sus várices, y en el rostro, su pánico. Antes de introducir el espéculo, Asuero pregunta:

—¿En qué lado le duele?

La enferma titubea con cara inexpresiva. Asuero se irrita más.

¿Que en cuál lado le duele? ¿En el derecho o en el izquierdo?

—En el derecho—balbucea la enferma.

Y Asuero pone el espéculo en la fosa nasal derecha. Flamea levemente un estilete puntiagudo y me lo muestra:

—Ya ve usted. Nada. No puede ser más sencillo. Ahora mandaré a hacer uno que tenga topes laterales.

Y en tanto habla efectúa diversos toques en la mucosa con vertiginosa rapidez en la movilización del instrumento.

Extrae el espéculo, tardando en toda la maniobra mucho menos que yo en contarla.

—¡Levántese!—ordena.— ¡Ande! ¡Corra! Mueva usted la pierna así. Y de esta manera. Y de esta otra. ¡Váyase! Pero pronto: márchese.

Y se vuelve a mí para increparme:

—¿No decían en Madrid que ponía inyecciones de cocaína? Ande, ande; cuente como he curado en un segundo a esa enferma!

¿Curada la enferma? Esto me produce asombro. Pero Asuero no es hombre que en ese momento admita interpelaciones, que no puede ser detenido en su vértigo. Por fuerza debo evitar discusiones. Ni yo he venido aquí a discutir, sino a ver, oir e informar a mis lectores.

Surge el chico del cuarto de baño y recoge del suelo el espéculo usado y el estilete, ofreciendo nuevo material. Asuero va y viene infatigable. Profiere palabras entre dientes que yo no llego a comprender del todo. En su tremenda nerviosidad tropieza con una de las hojas del linoleum a medio extender en el pavimento y la gritería llega al paroxismo. Veo a mi secretario refugiarse en un rincón, pálido y mudo, como el que espera una catástrofe inminente e irremediable.

—¡Venga otro enfermo! (Y truena contra todo a un mismo tiempo) ¡A ver si vais a arreglar este enchufe! ¿Pero no se os ocurre echar alcohol en la lamparilla? ¡Pronto, hombre! ¡Venga el enfermo! ¡Maldito picaporte! (Y todavía se limpia con el pañuelo la sangre del dedo.)

Entra una niña de unos quince a diez y siete años. Por su pie. Resalto este detalle: POR SU PIE. Viene sola y sin sostenedores ajenos. Se sienta en la silla.

DE COMO YO ACTUO, POR SORPRESA, CON EL "METODO ASUERO".

Yo me encuentro en este momento frente a la enferma, abstraído de los gritos que Asuero profiere contra todo lo humano, contra el picaporte, contra el lineleum, contra los ayudantes, contra los médicos del orbe, contra el cosmos. Sólo pienso como se las podría arreglar para saber qué enfermedad padece esta muchacha que va a ser tratada en el acto. No se me oculta, ahora que reconstituye la escena, que esta abstracción propia de un médico del antiguo régimen médico, que exige diagnósticos con ayuda de interrogatorios, exploraciones manuales o instrumentales, laboratorios, rayos X, etc., resulta en mí un poco impertinente en el preciso instante en que me proponía sólo registrar hechos. Mas, al fin, un hecho cronológico es que yo pensaba así y como tal hecho debo registrarlo.

Abstraído, pues, me hallo con tales sutilezas, cuando Asuero, el propio Asuero, viene a volverse al mundo de los vivos, sorprendiéndome con esta pregunta en tanto me coloca "in situ" el foco frontal.

—Usted ha visto narices?

Cualquiera en mi caso hubiera podido tomar la pregunta por el lado humorístico y contestar alguna tontería. Asuero se refería, claro es, a la práctica de la especialidad rinológica.

Le contesto: No soy especialista. Pero exploro en nariz como todo médico general.

—Bien. Pues tome usted el espéculo y colóquelo. Voy a enseñarle mi "técnica."

—Encantado. ¿En qué fosa la coloco?

—En cualquiera.

Pongo el espéculo en el orificio izquierdo. Prendo el estilete articulado que me ofrece Asuero. Lo flameo ligeramente. Entonces Asuero grita señalándome la mucosa:

—Ve usted ahí el esquema del "Heraldo?"

La verdad es que esta pregunta constituye algo extraordinario. Mi asombro va adquiriendo insospechadas proporciones. ¿Ante quién me encuentro? ¿ante el hombre genial que dice cosas inexplicables para una inteligencia sencilla como la mía? Contesto simplemente:

—¿Qué esquema?

—No importa. ¡Toque usted!

Y me vuelve la espalda en una de sus idas y venidas por el cuarto. Atento yo a la maniobra exploratoria, pregunto sin separar la vista del espéculo:

—¿En cuál cornete debe tocar?

—¡En cualquiera!—grita Asuero, mientras agrega, lejos de mi, dirigiéndose a Tamés y a mi secretario.—¡Ya toca! ¿Lo ven Uds.? ¡Ya toca! ¡Ya! Saque el espéculo! ¡Pronto! ¡Saque el espéculo!

Y lo saco. Y lo saco sin que en los escasos segundos que dura toda esta escena me haya decidido a hacer pasar el estilete más allá de la boca del espéculo. Afirmo rotundamente que Asuero no pudo ver si yo había tocado o no la mucosa. Ni me lo preguntó posteriormente ni se me habló en la clínica de ello. ¿Para qué? Asuero, hombre muy inteligente, como tengo dicho, ya debía suponer que, ni para él ni para mi, todo lo que habíamos hecho podía pasar por "técnica" ni por *método* de ninguna clase. Lo interesante, sin duda, debía ser la actuación personal de Asuero sobre el enfermo. Y a ello procedió Asuero, sin pérdida de momento, ordenando a la enferma que golpeara el suelo con el pie derecho, una y varias veces gritando imperativamente: "Mas fuerte." ¡Mas fuerte!" y mandando que deambule en varios sentidos, para despedirla con los acostumbrados gritos y volverse a mí, diciéndome en su habitual diapasón:

—¡La ha curado usted! Ni Bonnier, ni yo ni nadie. Usted, Noguera, la ha curado.

—Y ahora vaya usted a contárselo a todos los de Madrid, que tanto chillan porque curo a todos los que ellos no son capaces de curar . ¿Ve usted qué fácil es curar? Ande: dígales a todos que he curado los enfermos en que ellos fracasaron. A todos. Absolutamente a todos. El ultimo, de tabes dorsal y mal perforante plantar. ¡Ah, ya les diré yo a esos de Madrid! ¡Ya me soñarán!

Y ruge todavía:

—Sepa usted que nada de esto lo he aprendido en Bonnier, ni en ningún libro. Me molestan los libros y los profesores mucho más.

Y carga otra vez sobre los compañeros madrileños, cuyos nombres le obsesionan.

Inquiero con la vista donde se halla mi secretario. El pobre Gómez Echaurren está pegado al marco del balcón, mirando ansiosamente al Urumea. Una idea terrible cruza por mi mente. ¿Será capaz este muchacho de tirarse por el balcón? Voy hacia él y lo sacudo por el brazo, diciéndole:

—Pero oye tu, ¿has visto alguna vez un mozo más buena persona que este Asuero?

Gómez Echaurren va recobrando lentamente su color perdido.

UN PARENTESIS NECESARIO EN ESTA INFORMACION

Sobre el extremo de que si yo toqué o nó el trigémino, los periódicos defensores "a outrance" de Asuero, han formado una feroz algarabía, presentándome como el individuo avieso que premeditamente fué a San Sebastián a descubrir que Asuero curaba solo por sugestión. Naturalmente, no hay nada de esto en lo sucedido. Y es preciso, para comprenderlo bien, que el lector reconstituya serenamente la escena en que yo me hallo manteniendo el espéculo empuñado el estilete, para darse cuenta de cómo en el relámpago de tiempo transcurrido entre mi pregunta pidiendo la localización del toque y los gritos desenfrenados de Asuero diciendo que en cualquier sitio y que ya tocaba cuando aun no tocaba, ordenándome, todo al mismo tiempo que sacara el espéculo, acabo yo por sacar este sin tocar la mucosa con el estilete. Simplemente, si yo no llegué a tocar la mucosa fué, "por falta de tiempo" por una lógica vacilación provocada por la extraña enseñanza del señor Asuero. Pero no por ello se vaciló en dar la versión pública de que, en efecto, había tocado y—la que es más peregrina—la de que yo había quedado en una pieza al ver la inmediata curación de la enferma. ¿Quién informó a los reporteros de tal patraña?

CONTINUAN LAS CURACIONES

Ahora es un nuevo enfermo. Enferma. También entra por su pie. Y se sienta en la silla el cliente. Asuero, procede a su técnica. Pregunta:

—De qué lado es la parálisis?

—Del izquierdo—contesta la enferma.

Asuero coloca el espéculo en la fosa nasal izquierda. Y, mientras flamea el estilete, pregunta:

—¿Es Ud. estreñida?

—Sí señor.

Colocado el espéculo dice a la enferma: —Señora: voy a curarla ahora el estreñimiento. (Y volviéndose a mi mientras toca) "Vea Ud. como actuo sobre el estreñimiento."

Cambio de fosa el espéculo y dice a la enferma: "Ahora voy a curarle la parálisis." Y me agrega mientras introduce el estilete: "Zona de la parálisis". Seguidamente ordena caminar a la enferma y quiere que esta imite los diversos movimientos de miembros que el realiza. La enferma es despedida y se pronuncia el fallo: "Curada."

Y así, sucesiva y análogamente, hasta seis enfermos. A uno le pregunta si siente dolor en algún sitio y responde que no. Grita indignado: "¿A qué viene usted entonces?" Y dirigiéndose a mi: "Conque sugestión, eh? Mire usted de que vienen sugestionados: detodo lo contrario: de que no les duele." Y otra vez a la enferma: "Le duele o no le duele."

—Si señor, un poquito...

—¡Pues siéntese ahí!

Y se realiza, previa técnica descrita, la curación en un segundo. Preguntada de nuevo la enferma afirma que ya no le duele nada. El último enfermo visto es un viejo que temerariamente podríamos suponer un reumatismo poliarticular. Como, después de intervenido dijese que aun le dolía algo, se le da un nuevo toque, y entonces el enfermo marcha asegurando que va muy aliviado.

Termina la consulta de pobres y va a empezar la particular. Asuero ordena que comiencen a pasar los enfermos y se despide con breves y cariñosas palabras para mi, y con una nueva sarta de "piropos" para los colegas madrileños.

En la antesala ruego a Tamés me indique donde se hallan los enfermos que antes vimos, a fin de hacer el elemental estudio clínico de ellos. No puede ser. Son enfermos ambulantes y se han marchado conforme eran intervenidos. Hago entonces "cuestión de gabinete" lograr el nombre y la dirección de la enferma que he *curado*, según Asuero. Imposible. En el "bloc" de notas de los ayudantes no figura esta enferma. Ha pasado sin filiar siquiera.

AQUELLA MISMA TARDE.

A la caída de la tarde de este mismo día, los diarios de San Sebastián aparecen con grandes titulares afirmando que el Dr. Noguera, redactor jefe de la importante revista "Gaceta Médica Española" de Madrid ha efectuado por sí mismo una cura milagrosa en el Hotel Príncipe. La información en que se explica esta maravilla no puede ser más pintoresca. Se asegura que el Dr. Asuero ha querido dar un mentís a los que le acusan de pseudocientífico y para ellos ha confiado su técnica a un ilustre médico madrileño, haciendo que él mismo la practique. Se habla de una señora "paralítica" otros dicen reumática que, ante la mayor estupefacción mía, "ha soltado su parálisis" después de los toques que yo le hice, "sobre el determinado punto que Asuero me indicara." Y claro es, se aprovecha la feliz nueva para cargar sobre las costillas de todos los médicos incrédulos, a los cuales se vapulea con la mayor fruición. En cuanto a mí, se me dedican hiperbólicos elogios y se hace constar que mi conducta como médico y como informador que acudió al foco en busca de la verdad es la única digna y admisible.

Pero yo rectifico inmediatamente, sin la menor vacilación, esta patraña, y entonces la prensa adicta a Asuero me "acaricia" con las especiales consideraciones que viene mostrando para cuantos no hacen fe incondicional del "Asuerismo". Bien: la pasión los disculpa hasta de la falta de compostura ante quien como yo, supo hacer toda su vida un culto de la honradez y de la nobleza. Y si por no consentir que mi nombre se utilice en la farsa soy anatematizado, bien venido sea el anatema. Los eleogios de esos señores sí que me avergonzaron. Muy hábiles caballeros son estos que han llevado su empeño al terreno de lo grotesco, saliendo "por peteneras" al paso de mi rectificación con este luminoso juicio: "Por qué se curó la enferma que intervino el Dr. Noguera, aun cuando este no tocara el trigémino." Pues sencillamente porque el doctor Asuero que no quiere enseñar su técnica a los que a él llegan de mala fé, había tocado de antemano el trigémino a la enferma..."

La comedia termina en sainete.

A MIS MADRILES

Lector: Yo fuí a San Sebastián para informarte verídicamente sobre una cuestión que para unos se hallaba planteada como una enorme farsa, y para otros, co-

mo algo que, llevando el germen o el fundamento remoto de un carácter científico discutible, era digno de estudio. Bien hubiese querido volver a mi mesa de redacción portador de nuevas distintas de los que traje. Y lo deseé ardientemente, porque, como médico y mortal, yo suspiro, como todos suspiran cada día, por el nuevo remedio terapéutico que cure o alivie el mal sin esperanza. Pero... al sentimiento de comprender que lo visto por mi, LO VISTO POR MI, no ofrece la más leve trascendencia ni para los enfermos ni para los médicos, debo unir la de verme como el inmortal castellano, dolido y maltrecho. ¡Qué hemos de hacerle! Paciencia Sancho, amigo, que ya pasará la locura. Tú bien sabes, Sancho de mis pecados, que yo hubiera podido dar por bueno todo lo dicho por mis enemigos y volver famoso a mis tierras para poner sobre mi puerta este cartelito: "He aquí llegado el primero y único a quien se han confiado los secretos del nuevo arte, el que dicen que curó por mano de santo." Y muchos doblones hubieran caído en mis arcas. Y hubiera seguido siendo el ilustre varón para muchos. Pero, Sancho amigo, esto nos lo veda el noble ejercicio de la caballería.



"TUBERCULOSIS PULMONAR"

DR. J. FRANCO SOTO (*)

La entidad morbosa "Tuberculosis" es una enfermedad de todas las épocas y de todas las edades en la vida del género humano.

Es problema social, de familia y de persona.

La sociedad vestida con el ropaje del indiferentismo, permite que el "Tuberculoso" esparza y contamine el terrible mal a sus allegados con quienes se da de codos frecuentemente .

La familia, invocando el sentimentalismo, le hace vector de trasmisibilidad repartiendo caricias por doquier a todo el que le rodea.

Y la persona enferma, ambula esparciendo el mal sin cortapisas de ningún género.

Tales a grandes rasgos el problema de la "Tuberculosis" que vive bajo el palio amparo del indiferentismo, de la negligencia y del desprecio de todo el mundo.

La "Tuberculosis" es una enfermedad curable en principio, y curable después en casos excepcionales.

Es una curación aparente, la palabra inglesa "Arrested" es la verdaderamente escogida.

En el pulmón, toda cicatriz de origen tuberculoso alberga el bacilo que, soñoliento y durmiente las más de las veces, puede despertar a despecho de la falta de alegría del que se dice curado.

Son estas cuestiones de detalles por lo que respecta al tema que quiero tratar, y es el siguiente:

¿Es factible encontrar el remedio que cure la Tuberculosis?

La contestación no se hace esperar, la respuesta es decir que no.

En un proceso que por naturaleza es necrobiótico en principio, es decir, avascular, es novelesco ir a la terapéutica actual o futura, por una medicina que restituya a su estado primitivo la porción de sustancia pulmonar afectada.

Verdad inconcusa ésta que forma el armazón de la anatomía-patológica del referido proceso de la tisis común,, ulcerosa extensiva o no, forma la más frecuente como lo demuestra el porcentaje de casos mayor que ningún otro.

El problema a resolver, es, buscar, descubrir la vacuna inmunizante.

Hay que trabajar con la persona sana haciéndola inmune, bajo este aspecto, es necesario mecerse en las ilusiones de la esperanza.

No por esto dejaré de consignar aquí la labor eficasísima de los trabajos del profesor Letulle de Francia sorprendiendo al bacilo Koch que en forma de embolia, atraviesa las glándulas de Peyero en el intestino encontrando la causa eficiente de la Enteritis Tuberculosa, de los trabajos que actualmente se efectúan inyectando la larga serie de Lipoides para debilitar la acción vigorizante del referido bacil o, sin omitir la labor colosal del pueblo alemán que insiste aún con sus tuberculinas, no dándose por vencida en esta lucha gigantesca en que el cerebro humano tiene comprometida su honorabilidad encastillado como está en la parte más alta del organismo.

Y réstanos hablar de Estados Unidos nación más práctica que ninguna otra.

Leído en la Asamblea de Mayagüez.

refugiándose en la vida sanatorial al amparo de sostener y multiplicar las fuerzas de los pacientes recluídos en tales instituciones, llevando a cabo el Pneumotórax Artificial a la Colapsoterapia, y presentando estadísticas verdaderamente satisfactorias.

No hay que dudarlo pues, el proceso de inmunización es el desideratum de cuestión tan trascendental en la Medicina.

Y puesto que el problema está sobre el tapete, es el Sanatorio el verdadero refugio del Tuberculoso.

Pero la finalidad hermosa de esta Institución es albergar casos clasificados de *Incipient Stage,* y por excepción, casos escogidos dentro de la forma *Moderately Advanced Stage,* para obtener resultados prácticos, satisfactorios.

Quien como yo, convive con el Tuberculoso, ha podido apreciar el proceso morboso de la micrapatogena que pérfida e inhumana secaba traidora cualquier organización por robusta que fuere, haciéndola víctima de sus toxinas.

Y fácilmente se descubre aquí (y escribo desde el Sanatorio Insular de Puerto Rico) la evidencia del proceso agudo, crónico y agudísimo por bacilemia, se registra el caso de recidiva patentizando la lesión grosera, se señala el punto de emigración del bacilo a expensas de úna complicación agudísima, mortal, y nos hace ver, que cual estación de tránsito de ferrocarril, la llegada tardía del paciente después de la hora de salida.

Tal, el porvenir del paciente clasificado de *Hospital* que desea venir a ser presa de la muerte.

LA TUBERCULOSIS PULMONAR ES INCURABLE.—EL TUBERCULOSO SE CURA

No es paradógica tal afirmación subsiste al conjuro de cuanto se nos ha informado al través de estos últimos tiempos, y como una realidad unificada en síntesis, descartada en su complejidad.

Entidad morbosa que cual pulpo se extiende sobre la Humanidad y alargando sus tentáculos sobre una superficie equivalente a la quinta parte de la que cubre aquélla, haciéndola presa de artera finalidad.

Y Puerto Rico no se sustrae a tal aseveración, pues si bien mi afirmativa aún no cuenta con datos que pueden exponerse a la consideración del público, en cambio sigo muy de cerca el movimiento de los heridos por tan cruel dolencia, y no dudo, que en no lejano tiempo, el "prima facie" de hoy pueda traducirse con números que probarán la verdad de la tesis enunciada.

Apélese pues, a la tan conocida reacción de Von Pirquet, centrifúguese el esputo y hágase el casi ignorado examen de sangre para descubrir la Bacilosis en la misma (Bosam de Lyon) y entonces, decidme, si aquellas personas que se creen no tener relación alguna con dicha enfermedad, albergan o no en sus organismos el bacilo de la llamada Plaga Blanca que se extiende, que hiere y que mata sobre todo, a las clases desheredadas de la fortuna, haciéndolas blanco de una labor fecunda en sufrimientos, con visibles negruras de un porvenir rebosante de intensísimo dolor.

Es la tuberculosis pulmonar una enfermedad que, prestigiada en su impenetrabilidad y rodeada de ocultismos muy densos, permanece abroquelada a la acción dirigente de la intelectualidad médica, que no desmaya en conseguir medios conducentes para debilitar unas veces, y para inmunizar otras, la potencialidad de su micra patogena, el bacilo de Koch.

Y el trabajo realizado últimamente es formidable.

Y es la Francia con un Calmette a la vanguardia que traza el camino maneja-jando las Colesterinas para debilitar la acción vigorosa del Bacilo Koch, y un Shyghá con su vacuna inmunizante, debilitando también la acción del referido germen en su nidal, las glándulas toráxicas, a fin de que, a su llegada al tejido pulmonar no sea artero, hiriente ni agresivo.

Y hay quien nos habla del estroma, de las envolturas adipocereas y de sus toxinas libres.

Y ¡oh poder de las cosas humanas!

La célula gigante subsiste impenetrable, estoica ante el dolor humano.

Sólo por ósmosis establece relaciones con el exterior, haciendo de su vida un poder inviolable, allí en el parenquima o en el tejido intersticial del pulmón.

El tuberculoso se cura.

Es una verdad indiscutible, cierta y evidente.

El tuberculoso tiene necesidad de darse cuenta de que padece de tal dolencia.

Tiene que vigorizar y robustecer su espíritu al calor de una esperanza azulina factible de ser vista, tiene que armarse de resignación cristiana, y tiene por último que ser un disciplinado de los elementos dirigentes de su curación.

El espíritu moral del enfermo juega papel importantísimo en esta afección. El tuberculoso por regla general es hiper-sensible, alérgico, el sistema nervioso sufre un desgaste que se refleja en el estado moral de la persona, gravitando en muchos casos en el funcionamiento de ciertos y determinados órganos cuyas funciones se llevan a cabo de manera irregular.

Es necesario pues, que esto no suceda, hay que sumar energías para vencer, que los desgastes conducen fatalmente a resultados funestos.

La cuestión de hacerse un resignado es de vital importancia, que para vencer no hay límite de tiempo, el éxito corona toda clase de sacrificios.

La disciplina en el enfermo es cuestión de educación.

Que la dirección sea buena y científica, hermanada a la obediencia incondicional del enfermo, es cimiento de sólida base en la consecuencia del hermoso ideal que se persigue.

Armas éstas que bien manejadas producen ópimos frutos en beneficio del paciente que anhela su salud perdida para gozar nuevamente de las primicias que les brinda la familia y la sociedad.

Y entrando en otro orden de cosas, proclamaremos muy alto que las victorias del bacilo de Koch sobre el organismo humano, en la mayoría de los casos son de orden de falta de resistencia, consecuencia del enunciado; a mayores resistencias por parte del órgano y del organismo, mayores probabilidades de éxito.

Que el tejido pulmonar se calcifique, que se establezcan puentes fibrosos, que se esclerose el tejido o que existan cicatrices más o menos irregulares, que persona alguna se encuentre con un pulmón ido, etc., etc., tal el campo de batalla de un proceso en que de manera insolente, el extranjero allana la morada de un órgano de los más nobles de la economía.

He aquí pues, la curación (Arrested) de los que tras un tiempo más o menos largo escalan la cumbre, y una vez allí son proclamados los vencedores en una lucha titánica contra el enemigo de más perfidia; más cruel, más inhumano, que dolencia alguna pueda tener en la historia de los procesos morbosos de forma parasitaria.



UN NUEVO TÓNICO
RECONSTITUYENTE
12 ONZAS (360 CC.
METATONE
P. D. & CIA.
EL METATONE es único, porque no hay otro tónico que contenga en solución un extracto activo de la vitamina "B." En combinación con esta vitamina están el ácido nucleico y los glicerofosfatos de sodio, potasio, calcio, manganeso, y estricnina. Estos son los principales ingredientes, y están combinados en un vehículo color de vino rojo, claro, y de sabor delicioso.
Se prescribe en casos de anemia, hiponutrición, en la convalecencia después de operaciones y enfermedades debilitantes, y en general en todos los estados de agotamiento. La dosis es una a cuatro cucharaditas después de las comidas; como tónico estomacal es mejor darlo antes de éstas.
Se prescribe en frascos de 12 onzas (360 cc.).
PARKE, DAVIS & COMPAÑIA
Detroit & New York, E. U. A.

"CANCER DEL PILORIO". - GASTRECTOMIA PARCIAL (*)

DR P. PEREA FAJARDO.

Voy a molestar una vez más a mis compañeros y amigos para relatarles la historia fiel e interesante de un enfermo operado de un cáncer del piloro, y esta comunicación la hago después de 4 años y más, de realizada esta operación: de esa suerte y con la sanción del tiempo transcurrido, podemos aquilatar mejor los resultados inmediatos y lejanos de la intervención.

La moderna cirujía del aparato gastro intestinal, gracias a la extraordinari habilidad y audacia de los cirujanos contemporáneos, ha hecho progresos asombrosos, tanto que, los cirujanos de alguna experiencia, no vacilan hoy en día, en intentar ciertas operaciones atrevidas, que hubieran parecido hace algunos años monstruosas a los más audaces.

Así vemos, como a diario se practican por los grandes cirujanos de Europa y Estados Unidos resecciones parciales y a veces extensas del estómago e intestino y entre nosotros, algunos también hemos repetido con igual éxito estas intervenciones de alta cirujía, extirpando varias veces casi en su totalidad órganos, que se reputaban esenciales a una de las funciones más importantes de la economía y que hasta hace poco su ausencia era considerada por los fisiólogos y experimentadores como incompatible con la vida del sujeto.

Pues bien, este caso operado por lesión maligna y otros más que no mencionamos para no molestar tanto a nuestros amigos que nos leen, prueban victoriosamente lo contrario; y digo así, porque es un brillante triunfo de la cirujía moderna el haber incorporado esta verdad a sus conquistas recientes siendo ya un hecho comprobado que puede un operado sobrevivir meses y años a la extirpación parcial del estómago o intestino y no sólo vivir, sino serle además posible la alimentación y nutrición en las mejores condiciones.

La historia de las operaciones quirúrgicas por cáncer del estómago comienza con la primera intervención hecha por Peán, en el año 1879 y aunque éste empleó la técnica más apropiada por desgracia, su enfermo sucumbió a la operación. El primer caso operado con éxito fué en el año 1880 por Billroth y resulta interesante revisar los trabajos de este sabio cirujano para comprender como este problema quirúrgico no ha podido ser modificado grandemente desde entonces al presente.

Cunéo, por su brillante estudio sobre los linfáticos del estómago nos enseñó mucho sobre la propagación de esta enfermedad y basándose en sus trabajos Mikulicz y Hartmann demostraron la gran necesidad de la extirpación de las glándulas infartadas en la pequeña y grande corvadura.

Estudiando la literatura de esta dolencia, encontramos que el carcinoma gástrico es la forma más común de los tumores del estómago en los que el médico y cirujano tiene que intervenir y es de lamentar que sus síntomas, vagos en un principio, no hagan sospechar al práctico la posibilidad de la presencia de esta

(*) Leído en la Asamblea de Mayagüez.

enfermedad y la necesidad inmediata de una intervención quirúrgica, siendo como es ésta enfermedad tan curable, como lo es igual dolencia en el pecho, labios y la lengua cuando intervenimos con prontitud.

La gran dificultad que tenemos que vencer es el problema del diagnóstico temprano y en el presente estado de adelantos e investigaciones científicas, su diagnóstico puede hacerse en su comienzo por medio de los Rayos X en un gran por ciento de los casos, disminuyendo por consiguiente la gran cantidad de operaciones exploradoras innecesarias que resultan el terror de los enfermos. La historia del paciente, su examen físico, el uso del tubo estomacal y la radiografía nos darán una idea razonable para un diagnóstico seguro.

¿Cuál es el resultado obtenido por los cirujanos en el tratamiento de esta enfermedad? Revisando las estadísticas encontramos que en los casos en los cuales la operación radical está indicada la mortalidad es de un 10 a un 20 por ciento. Veinticinco por ciento de los casos no presentan recidivas al final de los cuatro años. Cincuenta por ciento o más son mejorados grandemente por un período de uno a cuatro años y de este modo podemos decir que un 75 por ciento son curados o mejorados en aquellos casos en que la resección ha sido hecha, lo que resulta de un gran contraste, si los comparamos con aquellos no sometidos al beneficio de la intervención.

Todos hemos asistido en los pocos o muchos años de nuestra carrera, en la visita particular o en la sala de un Hospital, al enfermo de cáncer gástrico con estenosis pilórica; se presenta triste, abatido, pálido, de un color casi terroso y encorvado por el sufrimiento. Si le preguntamos por su estado, nos dirá con tedio, que aborrece la vida y que ha perdido la esperanza de curarse. En un principio sentía regurgitaciones ácidas, acompañadas de ardor en el epigastrio, más adelante, la digestión se ha hecho más pesada, tiene dolores pertinaces. los vómitos son el único sedante de su dolor; entretanto, se inicia el enflaquecimiento y la pérdida rápida y alarmante de sus fuerzas. Más tarde siente continuo peso en el epigasterio, la sed le tortura, la sensación persistente de pastocidad en la boca le aleja el alimento que, vomitaría si lo tomase; por fin el insomnio agrava el cuadro de decaimiento orgánico y depresión moral más lamentable y así... muere y... ¡Nada más doloroso y desconsolador que una muerte por "cáncer del estómago"!

* * *

Refiramos ahora la historia de nuestro enfermo Justo A. B. de 56 años de edad, natural de San Sebastián, color moreno, soltero y de profesión labrador.

Los antecedentes hereditarios referidos por el paciente nos hacen saber, que sus padres han muerto de no se sabe qué, aunque recuerda que su padre sufría de fuertes dolores de estómago. Tiene varios hermanos y todos gozan de perfecta salud.

Los antecedentes personales son como siguen: sufrió de viruelas, no ha sido sifilítico y ha tenido dos veces gonorrea.

El principio de su enfermedad lo refiere a dos años, empezando con perturbaciones dispépticas, inapetencia, eructos y ligeros dolores sobre el estómago.

Desde esa fecha el dolor en dicha región ha continuado con intervalos más o menos grandes habiendo sido casi con-

tinuo en los últimos meses. Este dolor se acompaña a veces de vómitos y alguna que otra vez de diarrea, siendo lo más importante los vómitos matinales constituídos por mucosidades Hace seis meses tuvo un vómito de sangre que curó inmediatamente con un tratamiento médico, apropiado, pero no así los otros trastornos gástricos que se agudizaron grandemente, teniendo eructaciones molestosas, debilidad general y enflaquecimiento que le obligaba a abandonar su trabajo y a consultarnos en nuestra clínica.

Al examen, su cuadro clínico es como sigue: anorexia completa, eructaciones dolorosas, con vómitos tan ácidos que los labios y las comisuras labiales se encuentran irritadas por la acidez. Estos vómitos eran más frecuentes por las mañanas.

Dolor en el hipocondrio derecho, que se aliviaba por la ingestión de algún alimento.

A la simple inspección no se nota nada de particular. A la palpación se percibe un tumor colocado en los límites de de la región umbilical y del hipocondrio derecho, situado en el sitio del piloro. Esta masa permite comprobar a la presión, su consistencia dura, su mobilidad completa y su tamaño como un huevo de pava. La piel está flácida, hay poco tejido adiposo.

Examinando su sistema ganglinar sólo pudimos comprobar que estaban algo aumentados de volumen en la región axilar.

Su aparato pulmonar, hígado, bazo, corazón y riñones sin alteración. El examen del jugo gástrico es como sigue: acidez total 16, ácido clorhídrico y ácido láctico trazas, y muchos corpúsculos rojos.

El examen de la excreta revela también la presencia de sangre.

El examen de sangre por el doctor—— nos dá: Hemoglobina, 55 por ciento; corpúsculos rojos 2.850000— Wasserman negativo.

Sometido el enfermo a mi examen de Rayos X, nuestro radiógrafo el Dr. Guzmán Jr. somete el siguiente informe:

"Reporte radiográfico en el caso del señor Justo A. B. del servicio quirúrgico del doctor P. Perea".

Abril 21|24.

"La comida de prueba administrada 6 horas antes, demuestra un residuo marcado en el estómago. El antrum pilórico termina en una prolongación elongada. El duodeno no puede ser visualizado y una pequeña porción del alimento se encuentra en el ileón. El movimiento del estómago es aparentemente normal hacia la derecha y hacia arriba pero hay una fijación parcial en su movimiento hacia el lado izquierdo".

DEDUCIDO: Por el residuo marcado y por la apariencia característica de la región pilórica, que se trata de un cáncer del piloro".

Ante el cuadro clínico de nuestro enfermo y pudiendo precisar ya el asiento del neoplasma en la región pilórica nos creímos obligados a intervenir y así lo hicimos sin más pérdida de tiempo, ya que nuestro enfermo se depauperaba rápidamente a pesar de las tentativas de alimentación por la boca y por el recto.

OPERACION

Laparatomia supra umbilical en el borde externo del recto abdominal derecho, apareciendo seguido el colon transverso invadiendo el campo operatorio; separando este delicadamente, levanta-

mos el borde superior del hígado, apareciendo el estómago algo dilatado. Introducimos la mano en la cavidad abdominal para explorarla y pudimos probar que la región del cardias estaba normal y libre así como la pequeña y gran parte de la gran corvadura; no había adherencias pero sí engrosamiento considerable en la parte más cercana del piloro donde existía un pequeño tumor formando cuerpo con la pared del estómago, siendo de forma fusiforme y de dureza leñosa. Todo el tumor era movible y sin adherencias aunque existían algunos ganglios pequeños en el periferio.

Ante este cuadro procedimos a una gastro-yeyunostomia por el método de Palya.

Nuestro primer tiempo en la operación consistió en la división del omento entre el estómago y el colon transverso siendo necesario unas diez ligaduras en el lado del estómago y el colon para hacer una buena separación entre los dos órganos; y es bueno recordar que al efectuar este tiempo de la operación, nos encontramos en contacto directo en el campo operatorio con la arteria cólica mediana, que nace de la mesentérica superior y que su incisión o ligadura puede traer como consecuencia una gangrena de parte del colon transverso y por consiguiente la muerte del enfermo.

Nuestro segundo tiempo, fué la ligadura de la gastro hepática, para de este modo, libertar la pequeña corvadura del estómago y la parte superior del duodeno, quedando así libre el tumor y fácil de poner fuera de la incisión abdominal. Terminado este tiempo ponemos unas compresas debajo del estómago y duodeno para defender el peritoneo posterior y procedemos seguido a la gastrectomia, colocando a dos pulgadas del tumor en la región gástrica, las pinzas de bocado largo para obstrucción provisional del estómago, poniendo luego enterotribio para hacer la división por medio del cauterio. Igual operación hacemos en la región del piloro y duodeno, no sin antes desprender un poco hasta el pancreas este último, para de este modo, establecer su sutura en bolsa e invaginarla como se hace con el apéndice.

Libre pues, el tumor, procedemos a la gastro yeyunostomia anterior. Es bueno recordar sin embargo, que la incisión del yeyuno debe verificarse a unas catorce pulgadas de su origen, de este modo dejando incluído el colon transverso en la gran curva que practicamos adosando el asa yeyunal al estómago, curva necesaria, para permitir al colon expansiones ulteriores y fisiológicas.

En las primeras 24 horas el enfermo estuvo algo intranquilo y algo adolorido, pero una inyección de morfina de 1|6 de grano le hizo conciliar el sueño y al otro día amaneció más calmado aunque tuvo algún vómito sin importancia.

Al tercer día, había mejorado su estado general, durmió bien, no vomitó y se empezó su alimentación como es de costumbre con todos nuestros operados del estómago, esto es, después de las primeras 48 horas durante las cuales sólo administramos 10 o 15 onzas de solución salina cada tres o cuatro horas por el recto, empezamos al cuarto día con una onza de agua cada hora por la boca y si es soportada bien, al quinto día empezamos una dieta de agua y leche hasta pasado el sexto o séptimo día que le damos sopa de leche, vegetales, puré y caldos de carne para después de dos semanas darle las instrucciones siguientes:

1.—Evite comidas abundantes, coma pequeñas cantidades repetidas veces si

fuese necesario; coma despacio; mastique bien su alimentación y mantenga en buen estado de conservación sus dientes.

2.—Tome un vaso de leche de 10 a 11 dela mañana; otro entre 4 y 5 de la tarde y otro al acostarse añadiendo una cucharadita de agua de cal, a cada uno.

3.—Después de tres o cuatro meses puede empezar una dieta normal y si tuviese trastornos por motivos de una alimentación liberal debe volver a la dieta de leche por un tiempo.

MEDICINAS: Si hubiese tendencia a una mala digestión acompañada con acidez, tome una cucharadita de Leche de Magnesia o de Bicarbonato de Soda una hora después de cada comida.

DIETA: Sopas de leche, vegetales, puré y caldos de carne.

CARNES: de pollo, de chivo o carnero, huevos en cualquier forma, menos fritos.

VEGETALES: Papas, batatas y toda clase de viandas hervidas.

BEBIDAS: Leche, agua de Vichy, cocoa y agua corriente.

Durante 4 o 6 meses y más si fuera necesario no tome sopas muy condimentadas, comidas fritas, carne de puerco, tocino, comidas de latas aunque éstas sean pescados o vegetales, tampoco ensaladas, frutas ácidas, queso, guineos, café negro muy fuerte ni bebidas alcohólicas. Use tabaco en moderación y evite tomar bebidas muy frías o muy calientes.

Ahora bien, considerando la historia de este enfermo por los hechos anteriormente relatados, tenemos que considerar en este paciente su gastritis y aparición de síntomas alarmantes de gran significación clínica y que en nuestro enfermo existió primero el Ulcus y que esta neoplasia es secundaria, nacida y desenvuelta en un territorio orgánico irritado, enfermo y degenerado, pues que como dice Dielafoy:

"El Ulcus simple del estómago experimenta a menudo la degeneración cancerosa, en particular en las personas con predisposición hereditaria y esta asociación morbosa se revela en clínica por la asociación o sucesión de los síntomas de las úlcera y del cáncer".

En esta ocasión como se ha dicho ya, el curso post-operatorio fué sin contratiempo y hoy después de cuatro años o más de operado nuestro enfermo vive y goza de salud, lo que demuestra una vez más ese poder y facultad admirable de reparación que posee el organismo y de adaptación para sus nuevas necesidades.



AMBLIOPIA DE ORIGEN DENTO-NASAL

DR. AGUSTIN R. LAUGIER.

La gran importancia que cada día más se está dando a los trastornos focales de infección dento-naso-amigdalar en la práctica de la oftalmología y otros trastornos generales del organismo humano me hacen presentar ante la consideración de esta Asamblea el caso de un sacerdote católico de esta isla, de fecha muy reciente quien en menos de tres meses perdió totalmente la visión de ambos ojos, creyéndose su caso perdido para siempre. Para el diagnóstico de la mayoría de las afecciones oculares superficiales y profundas tiene gran importancia el estado de la dentadura, nariz y amigdalas, cuyos trastornos focales según el profesor Osborne de la Universidad de Yale es el paso más grande de la medicina y cirugía moderna en el diagnóstico de tantas y tantas afecciones humanas crónicas y del sistema en general ignoradas hasta hace poco. Es un factor de gran interés médico en los casos de afecciones oculares, lesiones cardiorenales, reumatismo, trastornos gastro-hepáticos, nerviosos respiratorios, anemias, tensión alta arterial, etc., etc., el cual, el médico por su importancia y vulgaridad está llamado a corregir en bien de la humanidad.

El campo de las infecciones focales es tan extenso que después del descubrimiento de las enfermedades infecciosas y de la sífilis ningún otro asunto médico ha llamado más la atención en los tiempos modernos para el diasgnóstico de las afecciones crónicas y del sistema en general. Hasta hace poco se consideraba la sífilis la enfermedad sistemica más prevalente. Se estima que en ciertas regiones de Europa en cada cuatro habitantestantes uno es víctima de esa enfermedad; en los Estados Unidos llega a un promedio del 10 por ciento. Se sabe pues que la sífilis es una enfermedad muy prevalente en todos los países civilizados del orbe, y sin embargo, las enfermedades producidas en el organismo humano por focos de infección en la dentadura, nariz, amigdalas y otras regiones del cuerpo, es tan grande que si se busca las estadísticas e informes de los oftalmólogos, otorhino-laringólogos y profesionales médicos- cirujanos que en su práctica diaria ponen interés en estos trastornos focales, se verá que el promedio es mucho mayor. Entre los grandes clínicos y escritores que se han ocupado mucho en este nuevo campo de la medicina y cirugía podremos citar a los doctores Loeb, Coffin, Vossins, Luturamn, Zarriko, Hajek, Kuburt, Logan, Tumer, Denis, Vachon, Clemont, Burcker, todos están de acuerdo que esta infección focal producida por los distintos organismos o toxinas son llevados bien por la circulación arterial o linfática directamente a las distintas partes vitales del cuerpo humano ocasionándonos lesiones graves y muchas veces pérdidas de vidas que han podido salvarse.

Un foco de infección es una area circunscripta de tejido infectado con bacterias patogénicas. Puntos focales de la boca y vías respiratorias altas son muy frecuentes, y siendo la boca el punto de entrada de todo alimento, y la nariz y garganta de todo el aire, se puede muy bien comprender el por qué todo aire o alimento contaminado puede muy bien

absorberse por las membranas mucosas y tejidos de la nariz, garganta y boca.. Los organismos más prevalentes en la boca son la endamoeba bucalis, bacilo coli y varias saprofíticas; en la saliva y mucosa nasal y faringe se encuentran estreptococci, estafilococci, pneumococci, micrococus catarrhalis, difteria, pseudo-difteria, influenza, bacilo de la tuberculosis y otros organismos patógenos. No solamente son amenaza para el portador sino que infectan a otros por la tos, estornudos, expectoraciones, etc., etc. Estas bacterias, como todos sabeis, pueden estar latentes sin causar muchos trastornos en el organismo humano, pero pueden llegar a ser virulentas, debido a exposición a enfermedades infecciosas, trastornos físicos, debilidad general, etc.

Si al disecar la cabeza del ser humano la examinamos detenidamente veremos la relación íntima anatómica del nervio óptico a las varios senos accesorios nasales, sobretodo el esfenoide y células etmoidales posteriores, podremos pues, comprender la facilidad de la infección y mucho más si esta infección empieza en la dentadura. Existen en estos casos, vistos el fondo del ojo por examen oftalmoscópico además de infección del nervio óptico, cambios vasculares y retinales y a veces con el idéntico cuadro de un "choked disc" o tumor cerebral de tal manera que no se puede apreciar por ningún oculista si se trata de un tumor cerebral o afección de los senos nasales posteriores, el cuadro clínico, rayos X, etc., decidiendo el diagnóstico final del caso. En ambos casos el trastorno se debe a una edema del nervio óptico, debido a una marcada insuficencia en la circulación al disminuirse el calibre de las venas, bien por presión del tumor cerebral, o engrosamiento del calibre de las venas o por trombosis.

El doctor Mark J. Gottlup de New York en un reciente artículo de la revista THE LARINGOSCOPE, sobre "La Significancia y Prevención de la Pérdida de la Visión debido a Infecciones Intranasales" copia la opinión del oftalmólogo Dr. Cyril Bannett quien dice:

"La neuritis retro-bulbar es una neuritis intersticial afectando la parte orbital del nervio óptico causando presión en el mismo en sus fibras delicadas. Ocurre en dos formas: la aguda y crónica. La forma aguda de esta neuritis retrobulbar usualmente es unilateral viniendo con intenso dolor de cabeza en el lado afectado, dolor en el globo del ojo al tener presión; la visión se pierde rápidamente, el fondo del ojo mostrando congestión del nervio óptico. El prognóstico es bueno si se encuentra la causa removiéndola oportunamente; cuya etiología es un foco de infección de los senos nasales accesorios, infección dental o de las amígdalas, enfermedades infecciosas agudas y algunos venenos como el alcohol, plomo y acetona. La forma crónica de la neuritis retrobulbar es mucho más frecuente por regla general y bilateral y puede presentarse sin síntomas algunos con excepción de ligera disminución de la agudeza visual. Las causas son las mismas que en la forma aguda, pero con menos intensidad y el tratamiento el mismo, removiendo el factor etiológico."

Estos focos de infección, a veces inadvertidamente, sin trastornos aparentes, dan lugar a cambos patológicos en el organismo, a veces distante del foco primario. Como hemos dicho anteriormente no presentan cuadro orgánico aparente, se sienten bien, sin embargo, ¡cuán grande es el número que mueren diariamente

de afecciones cardíacas, tensión alta arterial, anemias perniciosas, etc., o padecen de enfermedad crónicas! Un buen número de enfermedades humanas atribuídas a sífilis, tuberculosis, reumatismo, gonorrea, etc., pueden ser muy bien un foco de infección dento-naso-amigdalar. En la revista "Tubercular Abstracts" que se envía mensualmente por el Departamento de Sanidad de Puerto Rico a todos los compañeros médicos, el número correspondiente al mes de febrero de esta año copio:—"De 102,680 pacientes enviados a los Sanatorios de Tuberculosis en los Estados Unidos en el año 1925 el 11 por ciento fueron negativos para la tuberculosis, siendo en su mayoría focos agudos y crónicos de los senos nasales los cuales se presentan igualmente en niños ó adultos." Datos tomados de "Errores que hacen en el Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar. Henry F. Stoll, Boston Medical and Surgical Journal, December 1927."

En un estudio anatómico reciente en el Departamento Médico de la Universidad de Harvard, los canales que soportan el nervio óptico variaban en tamaño de 4 a 5.5 mms. en forma bien circular u ovalados; y esta se presta a comentarios el por qué el nervio óptico afecta más a unos que a otros a pesar de existir focos distantes. Se encontró también que mientras más pequeño era el canal más fermentación existía a su alrededor así como su mucosa más fina y por lo tanto más expuesto a infección el nervio óptico. Para determinar en seres vivientes normales estas anomalías anatómicas veinte y cinco doctores y ayudantes de la enfermería fueron examinados radiográficamente tomándose cincuenta placas; de estas cincuenta radiografías en estos casos normales el diámetro del canal óptico era de 5.35 grams y 10 por ciento de forma ovalada y el resto circular. El diámetro del canal en veinticinco casos de pacientes con afecciones del nervio óptico el de 4.68mm. y de forma ovalada. El historial clínico en estos 36 casos tratados por el Dr. Leon E. White de Boston en la Universidad de Harvard presentaban pérdidas de la visión en ambos ojos o solamente en un solo, de pocos días de duración, con o sin dolor de cabeza; a veces el fondo del ojo negativo, cuando la lesión era aguda en otros, congestión del nervio óptico derrame en el vitreo o un "choked-disc" o bien atrofia marcada en casos que pasaban de un mes o más de historial clínico y no diagnosticado prontamente. Todos estos casos curaron radicalmente o mejoraron su visión después de eliminado el foco de infección en sus senos nasales. Debo llamar la atención a mis distinguidos compañeros oculistas hacia el buen número de atrofias del nervio óptico, cuyo foco primordial fué posiblemente intranasal, pues en esos casos examinados en la Universidad de Harvard encontró con atrofias del nervio óptico y por lo tanto poco beneficio con el tratamiento médico,quirúrgico intranasal instituído el número de siete cuyas visiones pudieron salvarse oportunamente. Así es preferible explorar los senos nasanes posteriores aunque las radiografías y examen clínico sean aparentemente negativos. Esta operación no es peligrosa, pero es aún más horrible que el paciente se quede ciego por falta de una intervención oportuna. En el año 1892 Caldwell reportó un caso de neuritis óptica debido a una infección de las células esfenoidales y etmoidales, y en el 1895 Krans reportó tres casos de

neuritis retro-bulbar debido a extensión de infección en el seno esfenoidal.

En el American Journal of Ophthalmology de junio del año 1887 un artículo traducido de Dauzig, por Zein, informa accidentes visuales como resultado de aplicaciones con el galvano cauterio eléctrico en la mucosa posterior del turbinado inferior, así como algunos casos vistos por él con pérdida visual debido a infección en el seno esfenoidal. Kiltian en el 1887 tuvo las mismas observaciones clínicas en pacientes vistos por él. En Alemania y Viena estudios sobre esta materia se han llevado a cabo en los últimos 30 años, pero en verdad, hasta los últimos diez años no se ha dado la importancia debido a estos trastornos focales, sobretodo con respecto a la pérdida visual, hasta que los últimos estudios con más conocimiento de la fisiología y anatomía de la nariz y la relación de los senos nasales a sus cavidades contiguas, se ha podido llegar a una conclusión firme de este factor en tantas y tantas neuritis ópticas que han causado la pérdida total de la visión en miles de seres en todas partes del mundo. Onodo, en el año 1908, publicó los resultados de un trabajo muy extenso en las relaciones de los senos nasales y el nervio óptico y a él se debe mucho en este campo de la medicina, pues desde entonces estudios tras estudios han venido haciéndose por varios investigadores en América, trayendo luz a un campo científico de interés para el oftalmólogo y la humanidad doliente.

Considerado pues universalmente que inflamaciones de ciertos tejidos del ojo aislado del exterior, como el nervio óptico y la retina son producidos por microorganismos o toxemias absorbidas de focos inflamatorios situados a distancia, me obliga, pues, humildemente a presentar este caso clínico a esta distinguida Asamblea de compañeros:

Hacia mediados del mes de Abril del corriente año, 1928, recibí en mi oficina un sacerdote católico de la isla. V. V. K. quien venía acompañado de otro sacerdote con el historial clínico de pérdida de la visión en ambos ojos en un período de poco más de un mes de duración. El historial clínico del paciente es el siguiente: No hay en su familia historia de tuberculosis, sífilis u otra enfermedad que pudiere influenciar en el caso. En la historia previa del paciente no hay cuadro de trauma, sífilis, tubreculosis, diabetis, enfermedades infecciosas o tóxicas, alcohol myelitis, esclerosis, cambios en la glándula pituitaria, y sí trastornos dentales de hacen varios años en su parte superior e historia de catarros postnasales y a veces dolores de cabeza. Fué examinado por un oculista hacen varios años en Europa quien le perscribió cristales astigmáticos, los cuales venía usando hasta hace poco.

En la actualidad su única queja es la pérdida de la visión simultánea en ambos ojos de forma progresiva y grave sin ir acompañado de dolores de cabeza, dificultad para respirar o trastornos generales, con excepción de *catarros* nasofaringeos, a veces con partículas de pus al escupir o soplarse la nariz. Un factor que me llamó más la atención desde un principio fué sus arreglos dentales varias veces con puentes de oro en Europa, Estados Unidos, y este país, pensando existiese algún foco de infección causante de su mal estado visual. Pensando en este caso y otros vistos en mis diez años de trabajo en la especialidad considero un axioma la ley de Roener que textualmente dice: "debemos pensar en una supuración del seno esfenoidal y de las celdi-

llas etmoidales posteriores, siempre que encontremos un trastorno visual más o menos brusco en un ojo, trastorno para el cual no encontremos causas plausibles."

Una vez conocida la historia del caso, con exámenes de Sangre para Wassermann y demás reactivos negativo, así como el de orina—los cuales muestro, en los adjuntos informes, procedí al examen visual siendo, por ojo derecho 10/200, ojo izquierdo de 20/200,—para cerca casi mil—Percepción de luz y contaje dedos con gran trabajo: pupilas y media de ambos ojos normales. Fondo del ojo, bajo atrofina—Ojo derecho, edema e inflamación marcada del nervio óptico y retina con puntos degenerativos atróficos retino-coroidal proceso más marcado en el ojo derecho; vasos congestionados escleróticos; ojo izquierdo, el mismo cuadro pero más atenuado, encontrándonos pues, en el caso de una neuritis aguda retrobulbar de forma grave inva-diendo la retina a la vez con proceso atrófico retrocoroidal en el ojo derecho en el cual había que actuar rápidamente para salvar su visión completa en ambos ojos y por lo tanto la eterna noche fatal.

Una vez hecho el examen visual completo, procedí a ver el estado de su dentadura, nariz y garganta, en todos encontrando infección marcada, sobretodo en su dentadura y nariz. El examen dental incluyendo tratamiento, rayos X, etc., fué hecho por el Dr. J. Toro Hernández, de esta ciudad cuyo informe y tratamiento dice así:

INFORME DENTAL

Informe sobre las operaciones dentales practicadas al padre Venancio.

Se tomarón radiografías de ambas mandíbulas. Estas demostraron una condición séptica general, abundando los abcesos apicales y piorréicos. Los abcesos apicales eran mucho más grandes que los que corrientemente se encuentran en los maxilares, y no tengo duda que la mayor parte de ellos tenían más de diez años de formación. Fué necesario sacrificar los alveolos casi totalmente para eliminar todo hueso infectado. Al mismo tiempo que esto se hacía, se disecaban los abcesos piorréicos que se hallaban en la cara interior de las encías. Estas operaciones se hicieron en cuatro sesiones, tomándose los puntos necesarios en cada operación. Estas operaciones fueron seguidas de una notable mejoría.

J. Toro Hernández.

EXAMEN DE SANGRE

Abril 28, 1928.

Sr. Venancio Van Kassel,
Clínica Díaz García.

Examen serológico de sangre.
Reacción de Wassermann.....Negativo.
Técnica de Noguchi........Negativo.
Dr. A. Laugier,
San Juan, P. R.

Examen practicado por
Dr. Costa Mandry.

ANALISIS DE ORINA

Abril 28, 1928.

Sr. Venancio Van Kassel,
Clínica Díaz García.

Volumen	250 cc
Color	ambarino
Olor	propio
Reacción	ácida
Densidad . . .	1.019
Aspecto	transparente
Indican	aumentado
Sales biliares	neg.
Pigmentos biliares . .	neg.

Albúmina, Neg.—Glucosa, Neg.—Urea, 8 Acido úrico, 0.47—Cloruros, 0.1—Sulfatos, 2.5—Fosfatos, 1.3.

Examen microscópico del sedimento

Piocitos . . . carece
Hematíes . . . carece
Cilindros: hialinos . . ninguno
granulados . . ninguno
epiteliates . . . ninguno
Epitelio . . negativo

Dr. A. Laugier,
San Juan, P. R.

Examen practicado por
Dr. Costa Mandry.

El exámen nasal reveló una pansinusitis marcada crónica en ambos lados, cuyo exámen radiográfico tomado por el Dr. Isaac González Martínez informa: "Opasidad notable del seno maxilar izquierdo. Disminuída la de las células etmoidales izquierdas anteriores y posteriores, disminuidas la de las ramas derechas del frontal. Senos esfenoidales de transparencia normal aparente. Posiciones radiográficas Standard, Water's, Hicht, occipito-frontal y lateral derecha.

Un nuevo exámen de la sangre y orina por el Dr. Oscar Costa Mandry dió este resultado: Reacción de Wassermann negativo; técnico de Noguchi, negativo. Exámen de orina (Véase adjunto informe) completamente normal, incluyendo examen microscópico de sedimento. Presión arterial S. 160. D. 105. Exámen del pecho y estado general—Bueno.

Mientras el Dr. Toro atendía la parte dental, procedí a la parte nasal, drenando primero los senos maxilares de ambos lados y las células etmoidales anteriores de ambos senos maxilares saliendo pus espeso, algo fétido. Una vacuna autógena fué hecha por el Dr. P. Morales Otero, conteniendo estafilaccoci y espirilos de la boca, procediéndose a inyectar en dosis de 1/10 cc. cada cuatro días provocando reacciones internas febriles, y luego aumentándose cada semana, en dosis progresivas.

Con este tratamiento naso-dental y yoduro al interior con el propósito de favorecer la eliminación de los elementos tóxicos su visión mejoró, pero no de un todo hasta que procedí a hacer la operación radical intranasal maxilo-etmoido-esfemoidal de ambos lados, las celulas etmoido-esfenoidales con pus y algunas célulillas poliposas y necróticas. El resultado fué expléndido, pues al tercer día su visión mejoró notablemente y el nervio óptico y retina aclaraban. Un mes después el fondo del ojo aclaró por completo con excepción de viejas manchas atróficas retinales en ambos ojos, especialmente el derecho, su visión O.D. 20/70 O. S. 20/50 y con cristales astigmáticos compuestos visión de O. D.—1.50 x 90 y O. S.=.50—1.00 x 90 dando una visión en el ojo derecho de 20/50 y el izquierdo 20/20. Para cerca: Normal. El no poseer visión normal el ojo derecho considero un factor sus lesiones atróficas retino-coroidales por focos sépticos dento-nasales de algún tiempo de duración.

Resumiendo diré que muchos enfermos con pérdida de la visión pasan sin ser diagnosticados y sobre todo de ser tratados, y muy bien pudieran ser curados, antes de provocar una ceguera total o parcial teniendo muy en cuenta el estado de la dentadura y senos nasales.

Trabajo presentado en la Asamblea de la Asociación Médica de Puerto Rico y Celebración de sus Bodas de Plata. celebrada en San Juan, Diciembre 14, 15 y 16 de 1928.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO CADA DOS MESES BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA.

Año XXII. | Septiembre y Octubre de 1929. | Núm. 173.

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE EL BACILLUS CALMETTE GUERIN EN P. R.

Esta conferencia fué leída por su autor, el Dr. Salvador Giuliani, en Agosto 14, 1928, ante la Asociación Médica de Puerto Rico.

Señores:

Cuando hicimos las primeras siembras del bacilo de Calmette Guerin en Puerto Rico, estoy seguro que pocos compañeros conocían este nuevo perturbador de la bacteriología. Digo esto, porque muchos me pedían que les explicara suscintamente lo que aquello significaba.. Esto no es de extrañarse sino para felicitar a los que tuvieron ese deseo, esa curiosidad científica, ya que las especialidades son tan vastas que no queda tiempo para seguir cada descubrimiento.

A cuantos bacteriólogos consumados, ocupados en otros problemas, este B. C. G. no les sorprendió haciendo su aparición ruidosa en estos últimos años, y con inusitado interés llenando páginas de folletos, revistas, etc., figurando en estadísticas, y atrayendo la atención del mundo entero por las esperanzas potenciales que encierra!

Veamos ahora como nos llegó el B. C. G. a Puerto Rico. El día ocho de Agosto del año pasado, el doctor Gutiérrez Igaravídez nos sorprendió agradablemente al mostrarnos un tubo procedente del Instituto Pasteur de París, y acompañado de una atenta carta del Profesor Calmett, en la que éste mostraba sus deseos de que la labor emprendida en Francia se continuara por todos los países.

El día diez de ese mismo mes, el Dr. Gutiérrez hace entrega del cultivo al Laboratorio Biológico, y en una libreta de trabajo, de su puño y letra escribe lo que sigue:

"El lunes ocho de agosto de 1927, en paquete certificado, llegó a San Juan el tubo de cultivo B. C. G. sembrado el 2—7—1927, Instituto Pasteur.

Se entrega al Laboratorio Biológico del Departamento de Sanidad, el diez de Agosto.

No habiendo medios de cultivo para resembrar se deja el tubo a la temperatura ordinaria.

Desde ese día se comienza por el doctor Giuliani las preparaciones de los medios propios para resiembros."

Ahora bien, una vez que poseíamos un tubo original lo importante era hacer una recepción digna del huésped bacteriano, y comenzamos a la preparación de nuestros tubos de ensayos, caldos, selección de patatas, etc. En todos los traba-

jos de bacteriología que tratan del cultivo de bacilos de tuberculosis (no hay que olvidar que el B. C. G. es un bovino que ha perdido su virulencia) un medio muy apropiado para hacerlos crecer es la patata glicerinada. Algunos compañeros han mostrado sorpresa al conocer el método y han creído que se trataba de algo muy especial de cultivo, y en realidad este medio se ha estado usando hace muchos años, claro está, algo perfeccionado.

El caldo usado es de ternera, y contiene además peptona, sal marina y fosfato de soda y glicerina.

No tuvimos dificultad en obtener carne de ternera que fuera de nuestro agrado, así como tampoco de encontrar buenas papas. Los bloques de papas fueron hechos con papas españolas y papas del país.

Debo manifestar aquí que si alguna vez un grupo de hombres ha trabajado con esmero, afán, deseos de que fuera un éxito lo que nos proponíamos, fué durante los preparativos de los medios de cultivos. Cada uno de los miembros del Laboratorio Biológico se impuso una tarea, así todos pudieron participar del éxito final.

Agosto 20, 1927. Hoy es día designado para abrir el tubo procedente del Instituto Pasteur. Esto se lleva a efecto de la manera más limpia posible que garantiza el cultivo puro. Numerosas siembras se hacen en los tubos nuestros, y se abandonan a la estufa a 38o., según instrucciones del Instituto Pasteur.

Ya que sabemos como llegó a nuestras manos el bacilo, no está de más decir algo acerca de su historia. El bacilo de Calmette Guerin no es más que un bacilo tuberculoso bovino, que por larga permanencia en medios apropiados (llamados biliados) ha podido perder su virulencia pero conservando siempre sus otras aptitudes biológicas en cuanto a morfología, producción de anti-cuerpos, etc., cuando sigue en los medios usuales.

Estos tubos que hemos preparado y que hemos inoculado, constituyen lo que se llama el medio de sostén, de entretenimiento una vez avirulento el bacilo. El tubo de bilis es lo que constituye el medio de desarme para evitar un posible retorno a la virulencia. Ahora bien, parece que este bacilo ha sido exigente en otros países para aclimatarse, pues en Atenas, en buenas manos, no fué posible el cultivo. Como ya habrán ustedes observado en la nota del Dr. Gutiérrez Igaravídez, no había nada preparado para recibirlo. Todo era cuestión de empezar y aprovechar la experiencia propia, y ya que han transcurrido algunos días comienzan los temores. Así en el protocolo de notas en Septiembre 12, 1927, dice: Hace varios días que algunos de los cultivos sembrados en Puerto Rico presentan una capa cremosa, a veces blancas, otras grisáceas, que responden a las características del B. C. G. sobre el caldo glicerinado y patata.

De los tubos en que se encuentra este crecimiento y que aparentemente están contaminados se hacen frottis, y aparecen junstos con otras bacterias organismos ácido-resistentes que se parecen morfológica y tintorealmente al B. C. G.

El día 24 de Agosto del 1927 como aún quedaba inoculum en el tubo de Instituto Pasteur, se hicieron nuevas siembras (aunque solo se consiguen pocas). Nos preguntamos ahora, no serían estas nuevas siembras con el tubo de Pasteur ya abierto y quizás accidentalmente contaminado en Puerto Rico lo que motivó las contaminaciones en los tubos preparados

por nosotros? Esto fué lo que ocurrió como veremos.

A medida que han ido pasando los días hemos empezado a experimentar nuevos contratiempos. En varios tubos, de una serie conocida, el crecimiento de un hongo blanco, como algodón en rama ocupa la parte superior del tubo. En algunos otros un hongo, negro, pero también algodonado nos hace desechar esos cultivos.

¿Pero a que es debido todo esto? Investigando bien el asunto observamos que otro tanto ocurre con una serie de tubos de cultivo del Laboratorio Biológico para otros fines en los cuales se había usado como tapón un algodón al cual atribuimos la culpa y así fué demostrado posteriormente.

Septiembre 28, 1927.—Hace ya varios días que en los tubos seleccionados se ha ido desarrollando hermosos cultivos que la observación diaria nos dice que coinciden todo con las fases de desarrollo anotadas por Calmette y Guerin. Algunos han llegado al estado de mamelones, lo que corrobora nuestra confianza de que sobre el patata-caldo glicerinado hemos logrado numerosos cultivos del B. C. G. en Puerto Rico. Claro está que muchos días antes (el 21o. del crecimiento) el microscopio nos mostraba bacilos ácido-resistentes con todos los caracteres del llegado a Francia. Pero queríamos esperar un poco más.

Ya estamos seguros de una raza puertorriqueña de B. C. G. Sabemos que su avirulencia está comprobada al ser enviada de Paris. No obstante, como queremos estudios, caracteres culturales, teneción, aclimatación, etc., el día dos de Septiembre de 1927, decidimos hacer un paso por bilis.

La bilis glicerinada fué obtenida sin grandes trabajos, y aquí merece un alto esta narración. Me parece haber hablado del bacilo en medios biliados, para ser más explícitos veamos en qué consiste esto.

En 1913 Calmette y Guerin cansados de estudiar y ensayar pacientemente los métodos de inmunización propuestos hasta la fecha (bacilo vivo, bacilo muerto, bacilo atenuado) decidieron abrirse una nueva vía. En sus mentes brilló la idea de crear una raza de bacilos con todas las propiedades del patógeno, menos la virulencia. Raza fija—¿os acordáis del virus fixe de Pasteur? También demostraron que en los bovides jóvenes se les puede inocular en la circulación sanguínea una alta dosis de bacilos llamados biliados. Pero ¿de dónde procedieron por primera vez éstos? En 1907 Nocard había aislado un bacilo virulento de una mastitis tuberculosa de una vaca en la Escuela Veterinaria de Alport. En 1908 se cultivó por primera vez sobre patata y bilis de buey glicerinada y cada quince días se resembraba para modificar su constitución físico-química. Después de cuatro años ya este bacilo no era virulento para el buey, lo era aún para el caballo, poco para el curiel y el becerro. Estos observadores se encontraban pues, frente a un bacilo modificado por efecto día 30 resiembras efectuadas cada 25 días sobre este medio convierten a un bacilo bovino, originalmente muy virulento, en uno casi inofensivo para el conejillo de Indias y el becerro . (230 pasajes en bilis por espacio de 13 años).

Que misterioso fenómeno hace que un bacilo virulento modifique así sus caracteres biológicos hasta el punto de perder uno de los más importantes pero desechable para nosotros y en cambio se nos presenta con su morfología característi-

ca, afinidades tintoreas, exigencias culturales y todo aquello que permite reconocer al antiguo B. de Koch, pero solo aquella propiedad también temida por nosotros es la que falta.

Si me permiten ustedes un sencillo razonamiento desde el punto de vista humano diremos que parece que la virulencia ha quedado olvidada, disuelta, borrada del bacilo en ese paso de purificación por la bilis a manera de un bautismo.

Desde el día 20 de Agosto de 1927 hasta estos días, siempre hemos tenido tiempo para dedicarlo al B. C. G. a pesar de las pésimas condiciones en que ha ido desarrollándose. Para estas investigaciones, hemos observado que los que más impulsos le han dado, exigen que toda la técnica se lleva en un laboratorio especial, o por lo menos apartado de todo otro movimiento bacteriológico. Todo debe ser nuevo, sin uso, los instrumentos sólo han debido servir para esos fines, y a nosotros en Puerto Rico gracias que encontramos el Laboratorio Biológico de Sanidad verdadero Laboratorio de Combate para las luchas diarias pero no para este género de investigaciones, encontramos digo, un refugio de donde algo salió.

Los miles inconvenientes con la circulación de agua en San Juan, la temperatura de las estufas que no podían permanecer con 38 óptimas para el B. C. G. A veces los enfriamientos de esas estufas cuando por circunstancias diversas esto ocurría y todos los que trabajamos en laboratorio conocemos estos detalles. Otras veces era la curiosidad de los profanos que movían los tubos, los colocaban fuera de ángulo, en una palabra lo opuesto al cuidado paciente de los que conociendo las causas en medio bastante hostil, tratábamos de hacer lo posible para que todo prosperara.

Para terminar diré que el día 8 de este mes (1928) fué el aniversario de la llegada del B. C. G. a Puerto Rico. Lo celebramos haciendo resiembras.

CONCLUSIONES:

Conservamos notas muy detalladas acerca de la preparación de los medios de cultivo, y de los inconvenientes que tropezamos al seleccionar las papas, y muchos otros detalles puramente técnicos que se refieren a la manera de presentarse las colonias.

1—A pesar de increíbles inconvenientes, vicisitudes indescriptibles, nos parece que aún tengamos una raza aclimatada aquí.

2—Los caracteres de cultivo en aquellas colonias que la experiencia nos mostraba ser el B. C. G. coincidían con los caracteres descritos por Calmette-Guerin.

3—Los experimentos en animales, ya iniciados, serán objeto de una nueva comunicación en el futuro, y de una manera más detallada.

Sólo me resta dar a todos las más expresivas gracias por la atención que han prestado a esta conferencia, que tanto temor me infundió cuando se me designó para dictarla, conociendo que tantas y tan hermosas se han llevado a cabo en este mismo sitio en meses anteriores. Pero el tema, y compromisos adquiridos me han obligado a cumplir con un deber de disciplina hacia nuestra Asociación. Por eso he tenido el honor de venir a ustedes. He dicho.

ALGUNOS MECANISMO MENTALES Y SU RELACION CON LAS PSICOPATIAS

Por L. M. MORALES, M. D.

(*Introducción Histórica*)

Antes de extendernos en consideraciones sobre el tema que hemos escogido para desarrollar en esta ocasión, sería conveniente y provechoso el echar una rápida ojeada sobre la historia de la evolución de los conceptos de las psicopatías. Imposible sería el hacer un esquema completo de la historia de la Psiquiatría sin que resultara demasiado extenso, pues como bien dice Strecker, "la historia de la Psiquiatría es un epítome de la historia del pensamiento humano". Pero trataremos de mencionar en esta ocasión los puntos más sobresalientes en el proceso evolutivo de las ideas que han prevalecido en el mundo acerca de la patología mental.

Desde los tiempos promitivos, desde los albores de la historia, todas las formas de enfermedad mental estuvieron envueltas en un místico velo de religión y magia. Creíase que el demente estaba poseído de "espíritus malos", y se le trataba de acuerdo con esta teoría, valiéndose de exorcismos, ceremonias para hacer desaparecer el hechizo de que suponían era víctima el enfermo, y de crueles castigos corporales. (Aún en nuestros tiempos, pers-onas ignorantes dánle atributos sobrenaturales a las distintas formas de desorden mental, y hasta muchas que se reputan de ilustradas, pero qué desconocen por completo la naturaleza de los mecanismos mentales e ignoran los principios más elementales de la psicología moderna, creen que la "locura" es algo misterioso, y que hay en ella algo de diabólico y sobrenatural, y que los "locos" son influenciados por los espíritus, la luna y otros factores que sólo existen en la fantasía popular).

Amedida que avanzó la civilización, y Grecia brilló en el mundo como un faro esplendoroso de cultura, empezó a desarrollarse la tendencia "somática", esto es, a considerar las psicopatías como síntomas de trastornos orgánicos. Así la "histeria" (del griego "matriz"), se creyó debida a trastornos uterinos; la "hipocondría" a anormalidades en la región que está debajo de las costillas, etc., y comenzó a hablarse de temperamentos "b-liosos", "flemáticos", "sanguíneos", "coléricos" y "esplenéticos", lo que prueba la unión que existía entre la anatomía, la fisiología y el misticismo religioso. Esta actitud de los antiguos la llama Weschler "pseudo-psicológica".

El tercer gran período fué el que se extendió por espacio de dos siglos, desde Paracelso en el siglo XVI hasta Mesmer en el XVIII, durante los cuales, la "imaginación" o influencia mental adquirió importancia en el tratamiento de las enfermedades mentales. Desarrollóse el concepto del "Magnetismo Animal", y se habló de la Sugestión y el Hipnotismo, aunque su valor lo obscurecía el charlatanismo que entonces prevalecía con no me-

nor intensidad que en nuestros tiempos. En esta actitud podremos ver una mezcla de las teorías psíquicas y somáticas, aunque las primeras prevalecían. Durante este período los charlatanes ("quacks") estaban en su apogeo.

Es curioso observar que aún la moderna actitud hacia las psicopatías está representada por tres escuelas: la "orgánica", la "psicológica" y la "cultista". (Esta última es una combinación tragi-cómica de las dos primeras.

En el siglo XIX desarrollóse la tendencia a interpretar los fenómenos mentales en términos de estructuras enfermas, especialmente del cerebro. Los médicos que que se llamaban "hombres de ciencia" se avergonzaban de tratar la histeria y desórdenes conexos, desde un punto de vista psicológico. Esto lo dejaban a los ministros religiosos, los cultistas los charlatanes, "brujos" y otros que proclamaban su habilidad paraa curar las enfermedades mentales. A esta actitud orgánica" diósele mucha importancia, aún a fines del siglo pasado. El Dr. White de Washington, D. C., hablando una noche sobre estas cuestiones en la Academia de Medicina de Washington, llamaba a este período "the age of brain mythology" (la era de la mitología cerebral), ya que, apesar del buen deseo y los repetidos esfuerzos, les fué imposible a los organicistas el examinar el germen de una delusión bajo la lente del microcospio, o precipitar una alucinación en un tubo de ensayos.

Dice Weschler, y con razón, que "esta actitud miópica", (refiriéndose a la de no darle importancia a la base psicológica de las psicopatías), "aún en nuestros tiempos se mantiene, para mortificación del médico científico, delicia del charlatán y perjuicio del paciente."

Charcot, en el siglo XIX fué el que originó el cocepto moderno, psicológico, de las psicopatías. Charcot fué un gran neurólogo, pero también echó los cimientos para el estudio científico de los fenómenos mentales. Apesar de que se aferraba al punto de vista "orgánico", en cuanto a la naturaleza de las enfermedades mentales, hablándonos de "deficiencia o degeneración orgánica del cerebro", sinembargo su manera de resolver estos problemas era esencialmente psicológica. Charcot descubrió que una "idea patógena" podía producir síntomas histéricos y que esta idea podía ser influenciada por el hipnotismo. Con Charcot nació la psicoterapia científica.

Bernheim investigó los fenómenos hipnóticos y llevó a Charcot a interpretarlos como una forma de Sugestión. Descubrió la tendencia innata en la mente humana, de aceptar, sin pruebas y aún en contra de la razón y de la lógica , aserciones hechas por otros, siempre que el recipiente estuviese en un estado de ánimo especial. Y probó que la sugestión podía hacerse estando el paciente en estado de vigilia y no necesariamente bajo la influencia del sueño hipnótico.

Babinski formuló de nuevo las teorías de Bernheim, criticó la clásica doctrina de Charcot y propuso el término "pitiatismo" para sustituir al de "histerismo". Con respecto a esto dice el ilustre psiquatra español Dr. Fernández-Sanz en una de sus obras recientes: ..."le considero como una feliz y oportuna adquisición del glosario médica, que debe conservarse como sinónimo eurónico, como expresión discreta y velada cuando queramos entendernos entre profesionales sin

Métodos de Investigación.

Consciencia e Inconsciencia.

a,

que nuestros juicios trasciendan a los profanos".

El próximo gran paso de avance en la consideración psicológica de las enfermedades, lo dió el gran psicopatólogo francés Pierre Janet, formulando su noción de la "disociación de ideas o de la personalidad". Aunque esto aún representa un método psicológico más bien puramente descriptivo, sinembargo hizo progresar el conocimiento de los mecanismos mentales. Pero aún así, descartaba la posibilidad de motivación psicológica y la causa del desarrollo de síntomas neuróticos, creyéndose todavía que una anormalidad *orgánica* era la causa de las psicopatías.

Luego vino una serie distinguida de investigadores que podemos agrupar bajo el encabezamiento de "defensores de la Psocología Fisiológica". Estos han estudiado los fenómenos mentales desde un punto de vista biológico. Aquí mencionaremos a WUNDT, PAVLOV, y JOHN B. WATSON. El primero trató de explicar la conducta normal del inrividuo en términos de mecanismos nerviosos, y todas las manifestaciones anormales como producidas por desequilibrios cualitativos y cuantitativos en las funciones del sistema nervioso. Pavlov, ese brillante investigador ruso, cuyos experimentos en el laboratorio fisiológico nos son a todos familiares, trata de explicar la etiología y sintomatología de las neurosis en términos de "reflejos condicionales". John B. Watson ha utilizado los principios de Pavlov para formular su doctrina del "Conductismo" (Behaviourism) que tan en boga está actualmente.

Además de éstos, hay otros que ahora pretenden atribuir todos los trastornos de la mente, a irregularidades en el sistema endocrino y en el Sistema Nervioso Vegetativo.

Con el advenimiento del Siglo XX, evolucionó la teoría de la causación de las neurosis, hacia el punto de vista puramente psicológico, apartándose del somático. El primero en darle una importancia absoluta a este concepto fué Sigmund Freud, padre del Psicoanálisis y originador del concepto puramente psicológico en la etiología, desarrollo y tratamiento de las neurosis.

Freud construyó sus teorías en los cimientos echados por Charcot, Bernheim y Janet, y sus tempranas investigaciones en conjunción con el Profesor Breuer, lo estimularon para la formulación de sus ideas que causaron una verdadera revolución en el campo de la Psiquiatría. Freud descartó por completo la psicología descriptiva, y originó la llamada "psicología de motivación".

Es tan vasta, tan admirable y tan importante la labor de este genio quien aún a los setenta y tres años de edad produce continuamente con una fecundidad intelectual y una lucidez admirables, este taumaturgo que "buceando en las profundidades del alma neuropática" saca a relucir los complejos ocultos en la vida mental inconsciente, que pospondremos una exposición de sus teorías para hacerles tema de otra conferencia en distinta ocasión, y nos limitaremos hoy a esbozar algunas, en lo que íntimamente st relacionan con el tema que nos hemos propuesto desarrollar.

Discípulos distinguidos de Freud, lo han sido, entre otros, Jung, Adler, Abraham, Ferenczi, Rank y Ernest Jones. Cada uno de ellos ha aportado valiosas contribuciones a la psiquiatría, aún a trueque de desertar al maestro. Algunas de éstas resumiremos brevemente:

JUNG contribuyó las nociones de "introversión" y "extroversión", de las que ha-

blaremos más adelante relacionándolas con la teoría de Kretchmer. ADLER revirtió al punto de vista organicista, encadenando la psicología con su famosa teoría de "Inferioridad Orgánica", con la que sostiene que todas las neuroses provienen de un sentimiento de inferioridad forzado inconscientemente a la mente del individuo por la anormalidad hipofuncional de algún órgano.

El americano KEMPF ha interpretado los mecanismos mentales en términos del sistema nervioso autónomo. Es la suya unateoría tan bella como atrevida, la que él desarrolla en su obra "The Autonomic Function and the Personality". BLEULER originó el concepto de la "ambivalencia" que iluminó la teoría psicológica de las nueroses; y también desarrolló las nociones de "personalidad esquizoide" y la "sintonizada": una contribución nueva y de valor, aunque puramente descriptiva.

KRETSCHEMER trató, en su obra que es ingeniosa y amena, de establecer una íntima relación entre lo psicológico y lo orgánico, sosteniendo que el tipo biológico o sea la estructura física del individuo ejerce determinada influencia en el dinamismo de su psicología.

Hoy en día, aunque la tendencia es siempre a investigar los mecanismos de las reacciones, en vez de conformarse con describirlos, sinembargo se concede universalmente por los que se dedican a estos estudios, que existen en la humanidad dos tipos físicos de individuo, entre los cuales, por supuesto, hay innumerables gradaciones. Pero los dos tipos clásicos que son físicamente opuestos, por lo regular poseen una personalidad también opuesta, y en caso de que desarrollaran una psicosis, cada uno de ellos reaccionará de manera distinta:

Existe el individuo de pequeña estatura, rechoncho, de cuello corto, hombros anchos y cabeza redonda, de extremidades cortas, y abdomen con tendencia a abultamiento; pletórico, hiperesténico; de carácter jovial, alegre, que hace amigos con facilidad, que siempre está activo. Este tipo, que tiene reacciones emotivas lábiles, y que pasa por la vida derramando alegría a manos llenas, aunque a veces es víctima de períodos de depresión (temperamento ciclotímico); que no es dado a los estudios profundos, pero que sinembargo posee una marcada intuición y un gran poder para "absorber" del medioambiente lo que le interese, y que tiene éxito en la vida en aquellas profesiones y ocupaciones que requieren una personalidad "magnética", una sociabilidad contagiosa, es el "extra vertido" de JUNG, el picnótico" de KRETSCHMER y el "sintonizado" de BLEULER. Este tipo de individuo es más sensible al color que a la forma. Las psicosis afectivas, que son más benignas, las formas de Locura "Maniático-depresiva" casi siempre afectan a este tipo, en caso de que desarrollara una psicosis.

El otro tipo opuesto, que es más propenso a las reacciones "esquizofrénicas", que son más malignas y que carecen del fuerte elemento de efectividad que existe en las formas que ya dejamos mencionadas en el párrafo anterior, es el individuo relativamente alto, delgado, enjuto, de tórax estrecho, cabeza alargada. Por lo regular es huesudo, de extremidades largas y asténico. Es de temperamento reservado, huraño, pensativo, concentrado en sí mismo, abstraído. Sus reacciones emocionales frecuentemente son defectuosas. Estos individuos son estudiosos, dados a la filosofía, metódicos, retraídos, y hacen magníficos pensa-

dores, investigadores, hombres de ciencia. Es el tipo "leptótico" de KRETSCHMER, el "introvertido" de JUNG y el "esquizoide" de BLEULER. Es más sensible a la forma que al color.

La rama científica de la antropometría ha desarrollado esquemas simplificados para establecer clínicamente el tipo "constitucional" a que pertenece un individuo. En el "Pennsylvania Hospital" se usa un diagrama con el "record" de varias medidas. PIGNET originó su llamado "Indice Constitucional", por medio del cual, con tres o cuatro medidas establecemos el "tipo" a que pertenece un individuo.

Lo que es indudable es que el Soma y la Psique, el cuerpo y la mente son inseparables en sus funciones, y constituyen un "organismo", total e indivisible. El Dr. William A. White, psiquiatra bien conocido y Superintendente del Hospital "Saint Elizabeth's" de Washington, D. C., hace constante hincapié, en sus obras y en sus cátedras, en el concepto del "organismo considerado como un conjunto" ("the organism as a whole").

Pero sigamos con nuestra historia. FREUD, pues, sólo nos queda como campeón del concepto puramente psicológico de las psicopatías. Y no hay duda de que para la comprensión y el tratamiento de estos estados mentales, es más importantes el saber "por qué" un individuo actúa de cierta manera, que el conocer su actuación objetivamente. El saber "cómo" lo hace pertenece más bien al campo de la anatomo-fisiología del sistema nervioso.

Sería pueril el hacer la aserción de que la herencia, las condiciones del sistema nervioso vegetativo y las actividades metabólicas del cuerpo no ejercen una poderosa influencia en la conducta humana, y que el trastorno de cualquiera de las funciones orgánicas no producen reacciones mentales anormales. Pero esto no quiere decir que no debemos discutir los mecanismos mentales y la psicología de las neuroses y psicoses desde un punto de vista psicológico, *siempre que consideremos paralelamente los mecanismos psicofísicos.* Pues no menos pueril y ridículo sería el discutir la belleza sublime de una Madonna de Rafael en términos de tintes de anilina, o una filigrana de Cellini en términos de metalurgia, o la Novena Sinfonía de Beethoven desde el punto de vista de la Física.

Amedida que progresamos en los métodos de investigación, con la invención del ultramicroscopio y los adelantos de la bioquímica y biofísica; con los mayores conocimientos que vamos adquiriendo en las parcelas de la endocrinología y la neurología, podremos en el futuro resolver muchos enigmas. Tan es así, que según dice el Dr. Emilio Mira: "los formidables avances de la neurología vegetativa; el mejor conocimiento de las relaciones entre el eje cerebro-espinal y el sistema nervioso autónomo; el reconocimiento del papel insospechado que el mesencéfalo desempeña en la fisiopatología de las emociones;...el descubrimiento de los reflejos hormonéuricos; las investigaciones de la escuela rusa, etc., han contribuído a hacer entrever la posibilidad de que la actividad general del organismo humano no sea más que el resultado de una complicadísima serie de reflejos con punto de partida extero, intra, o propioceptivo y reacción muscular, glandular (secretoria), o vascular. (Hasta tal punto esta concepción domina el espíritu de BECHTEREW, que ya hace años propuso sustituir el nombre de Psicología por el de "Reflexología")."

Pero esto no evitará el que tengamos necesariamente que emplear términos psi-

cológicos para la explicación de fenómenos que *son* psicológicos.

Este modo de apreciación psicológica de las psicopatías ya está aceptado, con más o menos diferencias en la técnica, de su aplicación por los psiquiatras del mundo entero, y las ideas éstas se están poniendo en práctica, para investigación y terapéutica en todos los centros que yo tuve oportunidad de visitar en mi reciente viaje de estudios. Y la pasmosa evidencia que presenta una enorme cantidad de material clínico que ha sido investigado y tratado desde el punto de vista de estas teorías, es suficiente para convencer al más escéptico y para animarlo a estudiar la mucha, buena e interesante literatura que sobre estas cuestiones seha dado a la publicidad.

II

(*Las Funciones de la Mente—Métodos de Investigación*)

Nada más lógico ni razonable que antes de hablar sobre "mecanismos mentales" como pensamos hacer en esta ocasión, nos detengamos un momento para preguntar: ¿Y qué es la Mente?...

Dice White: "¿Quién nos va a contestar esta pregunta? Es una pregunta que ha recurrido a través de los siglos: se le ha dado varias contestaciones...y aún continúa siendo un misterio. Se ha dicho que es una función del cerebro, del mismo modo que la vista es función del ojo y la audición del oído; que la segrega el cerebro, como el hígado la bilis; se la ha considerado como una fuerza parecida a la electricidad, y como una esencia espiritual que no tiene nada en común con las fuerzas físicas y los cuerpos físicos según los conocemos. Pero éstas son sólo vagas analogías, giros de lenguaje. La naturaleza real de la mente sigue eludiéndonos".

Nadie ha podido decirnos satisfactoriamente lo que la mente es. Pero la conocemos por los resultados que produce. Podríamos llamarla una forma de energía, pero esto, otra vez, sería sólo darle un nombre.

Lo importante por ahora para nosotros, pues, es considerar la *función* de la mente: qué hace, para qué sirve. Y la función esencial de la mente puede resumirse en dos formas de actividad: la primera, la de obtener conocimiento de nuestro medio-ambiente. La segunda, la de adaptarnos a él. Estas dos funciones, si nos detenemos a pensar un momento, pueden elaborarse en forma tal que explique toda la infinita gama de procesos que han hecho del hombre lo que actualmente es: *homo sapiens* y *homo faber,* el hombre que sabe, y el hombre que construye.

REACCIONES MENTALES. Al considerar los procesos mentales, debemos verlos como *reacciones totales* del organismo. La mente es una actividad de los organismos vivientes. Y a estas actividades se las llaman *mentales* cuando comprenden una *reacción total.* Expliquémosnos: Si estudiamos una parte del organismo humano, las funciones del aparato digestivo, por ejemplo, los resultados de nuestra investigación serán expresados en términos de las funciones del órgano o grupo de órganos que estamos considerando. Esto es, diríamos que el estómago en un paciente funciona normal o anormalmente, que hay mucho o poco ácido clorhídrico en él, que el alimento pasa del estómago al intestino rápidamente o que hay retención; que el estómago está contraído o dilatado; en fin, describimos la anormalidad, determinamos sus causas y proponemos remedios, pero siem-

pre nos limitaremos a usar términos relacionados con el estómago o el sistema digestivo. Pero si vamos a describir lo que un individuo está *haciendo,* diremos, por ejemplo, que salió de su casa una mañana, que se encontró con otro individuo, conversó con él y como resultado de esa conversación decidió comprarle una casa, que discutieron el negocio, convinieron en el precio, fueron ante un notario, etcétera. Aquí estamos tratando, *no* de una parte del individuo, pero sí del hombre *todo.* No estamos considerando una reacción *parcial* del individuo como en el caso del trastorno digestivo, y sí una reacción *total*: lo que el hombre hace como hombre, como organismo. Y estas reacciones que son totales, se consideran como *mentales.* (White).

De este concepto de las reacciones mentales como totales, se desprenden tres principios, que son de gran importancia si es que vamos a considerar la vida psíquica biológicamente:

Primero: Que la mente es atributo de todo organismo viviente, aún de los seres inferiores en la escala de la evolución.

Segundo: Que los diferentes órganos que integran este organismo deben estar tan desarrollados en sus relaciones entre sí, y tan bien coordinados, cada uno con cada otro, y cada uno con todos, que puedan actuar en harmonía para producir *reacciones totales* que sean normales.

Y el tercer principio, que es sumamente importante, es (y usaremos de nuevo las palabras de WHITE: "Que la mente, cualquiera que sea su esencia real, de ningún modo es una función, una cualidad o un poder que ha sido añadido, superpuesto, por así decirlo, tardíamente en el curso de la evolución; pero que es algo tan viejo como el cuerpo, históricamente hablando: algo tan viejo como la vida misma, de modo que la historia de la mente es tan larga, tan extensa, y llega tan lejos en las umbrías regiones del pasado, como la historia del desarrollo de las estructuras vivientes... La mente ha evolucionado a través de las edades lo mismo que el cuerpo, y según es necesario el conocer la historia de la evolución del cuerpo para comprender su complejidad como la vemos en los animales superiores, también es igualmente necesario el conocer la historia de la mente para comprender su complejidad como la vemos hoy en el hombre".

La importancia de estos conceptos es obvia, si tratamos de considerar las psicopatías biológicamente. Este último concepto nos da la explicación de ciertos fenómenos estudiados por la rama científica denominada "paleo-psicología", que investiga ciertas formas arcáicas o primitivas de pensamiento que a veces hacen su aparición en los psicópatas cuya mentalidad ha retrocedido a un nivel más simple, más primitivo, y se manifiesta en fenómenos que se atribuyen a la "inconsciencia", de acuerdo con las teorías de las que más adelante hablaremos.

No estaría fuera de lugar el hacer mención aquí de los métodos de que se valen los investigadores para estudiar los procesos mentales. En el laboratorio psicológico podemos aislar una función como la percepción, el juicio, la emoción, etc., y estudiarla por sí sola. Pero aún así esto no es suficiente. Mas la Naturaleza se encarga a veces de "desarmar" la maquinaria de la mente, en las diferentes formas de psicopatías y neuropatías, y entonces se pueden ver los diferentes mecanismos en acción. Y ha sido durante los años recientes que el hombre, no contentándose con describir los síntomas de las enfermedades mentales, y agruparlos

nosológicamente, se ha dedicado, con paciencia y sagacidad extremadas, a investigar el *mecanismo* de los procesos mentales, cuando se les presenta la mente así, "desequilibrada". Otros métodos son: el estudio de la psicología del niño, de la mente del salvaje, de la de los animales, de los oligofrénicos, y el Psicoanálisis.

Un estudio de la psicología del niño nos revelará la presencia de ciertos mecanismos que son los mismos que vemos en algunas psicopatías, cuyas víctimas no hacen más que regresar a un nivel infantil de mentalidad. El estudio de la mente del salvaje, aunque adolece de muchos inconvenientes, también ha contribuído a esclarecer muchos puntos. La mentalidad animal y la de los oligofrénicos (imbéciles, idiotas, etc.) nos ha revelado algunos de los mecanismos más primitivos. Y por último, no porque sea menos importante sino porque es el método que más recientemente se ha estado usando para investigar mecanismos psíquicos, está el Psicoanálisis: Lo mismo que en el laboratorio de Anatomía se hace la disección del cuerpo para descubrir las estructuras que lo integran, con el Psicoanálisis se hace una disección de la mente activa, exponiendo ciertos mecanismos elementales de que todos hacemos uso: tanto los normales como los anormales.

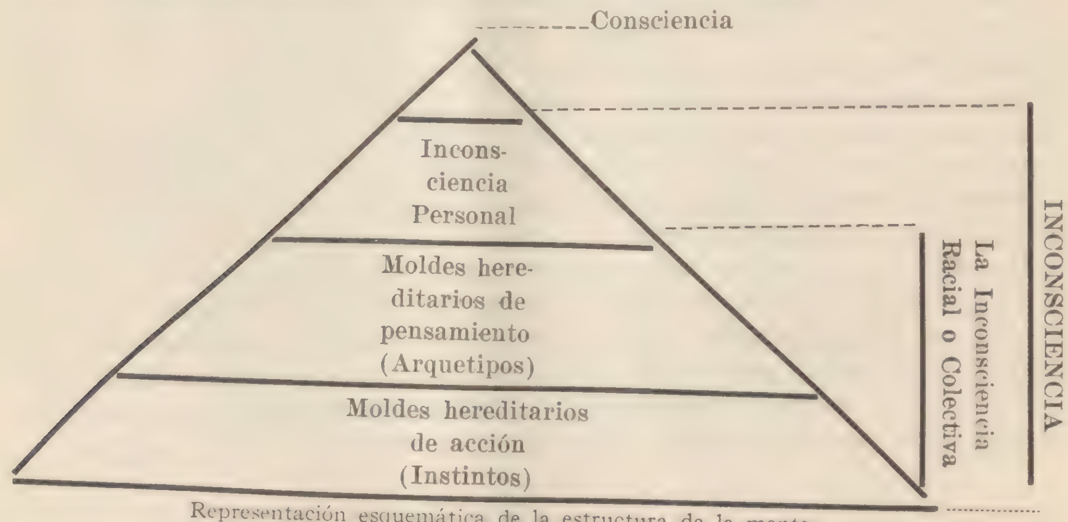
III

(*La Estructura de la Mente—"Consciencia e Inconsciencia"*)

Como todos los mecanismos que vamos a mencionar hoy son *inconscientes,* esto es, operan sin que el individuo *se dé cuenta* de ello, apesar de que ejercen una determinada y poderosa influencia en la conducta de toda persona, comenzaremos por aclarar la concepción psicoanalítica de lo "inconsciente."

A todos os será indudablemente conocido el símile que hiciera el psicólogo STANLEY HALL entre la mente humana y un témpano de hielo: el "iceberg" psíquico. De igual modo que un témpano de hielo tiene nueve décimas partes sumergidas bajo del agua, y sólo vemos una décima parte flotando, la mente es representada por un triángulo, que está dividido en dos grandes regiones: una décima parte, cerca del ápice, representa la *consciencia,* que es la porción donde se desarrolla la vida mental de la que nos damos cuenta, y el resto, que equivale a la porción del "iceberg" que está sumergida, es la Inconsciencia, que constituye la mayor parte de nuestra mente.

NOYES lo representa en su libro de texto, de esta manera:



Representación esquemática de la estructura de la mente.
(NOYES: "A Textbook of Psychiatry")

WHITE divide la Consciencia en dos partes: la que él denomina "ante-consciencia" (foreconscious), y que está representada por el ápice del triángulo, y la "pre-consciencia" (preconscious). En la región "anteconsciente" se enfoca, por así decirlo, la idea que predomina en nuestras mentes, conscientemente, en cierto y determinado momento: de modo que cuando "pensamos" en algo, ese algo lo enfocamos por una fracción de segundo con nuestra anteconsciencia. En la otra región, la preconsciente, tenemos constantemente un cúmulo de cosas, millones y millones de cosas que "sabemos", de las cuales tenemos conocimiento, y que en cualquier momento podríamos traer a nuestra anteconsciencia, pero que de no, yacen latentes en la preconsciencia; como la table de multiplicar, el alfabeto, nuestro nombre, números de teléfonos, direcciones, en fin, una infinidad de cosas que allí tenemos, a nuestra disposición, listas para ser llevadas a la región de la anteconsciencia en cualquier momento. Muchos comparan este concepto con una cinta cinematográfica: el lente enfoca en la pantalla cierta imagen o cuadro que dura un instante, dominando nuestra atención, pero que en vez de permanecer allí, como una vista fija, va sucediéndose por otras imágenes, rápidamente. Estas otras imágenes, mientras no son enfocadas en la pantalla, forman parte del rollo, y allí están, "latentes", listas para ser proyectadas, de igual modo que los conocimientos que yacen en la región preconsciente de la mente.

Ahora bien: la Inconsciencia forma la parte mayor de nuestra mente. Aquí las impresiones, las ideas, experiencias, todo lo que pasa por nuestra psiquis va guardándose, queda allí grabado. Pero lo que hace hoy a la inconsciencia tan importante en la vida del hombre, es su cualidad *dinámica*. De modo que la inconsciencia no es, como se creía antes, a manera de un baúl en donde se encerraran los recuerdos, sino que es un depósito que está en constante actividad, influenciando continua y poderosamente la manera de actuar del individuo. Entre las regiones de la inconsciencia y la consciencia, se cree que hay un a manera de "censor" que impide que ciertas ideas que yacen en la inconsciencia se vuelvan conscientes. Este censor ejerce funciones especialmente cuando se trata de alguna idea desagradable que pugna por escaparse hacia la región de la consciencia.

Los psicoanalistas dividen la Inconsciencia en dos grandes partes: La Inconsciencia "Personal", en donde se acumulan todas las impresiones que haya recibido el individuo desde el día de su nacimiento, y la Inconsciencia "Racial" o "Colectiva" en la que están depositadas las experiencias de la raza. Nacemos con la inconsciencia racial. Es ésta una teoría muy bella, defendida por JUNG, y la que ha servido para explicar muchos fenómenos que hasta ahora eran incomprensibles.

La Inconsciencia Racial la dividen, a su vez, en dos porciones: una, aquella en la que se desarrolla el grupo de fenómenos que consiste en formas de *pensar* y *sentir* que han sido almacenadas a través de millones de años de experiencias mentales de la raza; y la otra, aquella en la que se encuentran las formas hereditarias de *acción,* o sea los instintos. En la primera región están los moldes hereditarios de pensamiento y sentimiento, que técnicamente se conocen por *arquetipos.* Son arcáicos, primitivos. Los arquetipos se pueden observar en las tendencias y puntos de vista de las distintas

razas, y hay quien explica la similaridad existente entre las leyendas, mitos y religiones de diferentes pueblos, atribuyéndoles un origen común en la "inconsciencia colectiva" o de la raza. En la segunda región están los *instintos*, que en vez de ser moldes hereditarios de pensamiento, son moldes hereditarios de acción, y sirven para capacitar al individuo a ejecutar ciertos actos sin necesidad de que haya tenido experiencia previa en semejante situación. El ejemplo más sencillo es el *instinto* del recién-nacido a tomar alimento.

IV

(*Mecanismos Mentales*)

Pasemos ahora a considerar algunos mecanismos mentales, procedimientos de los que se vale la mente para proteger al individuo, defenderlo y adaptarlo al medio-ambiente. De ellos hacemos uso muy amenudo. La conducta del psicópata, que llamamos "anormal" está influenciada por estos mismos mecanismos, y para que no nos parezca absurda e incomprensible, es preciso que entendamos los medios de que se vale la mente "normal" para reaccionar en determinadas circunstancias. Hablando en términos de reacciones mentales, no existe tan gran diferencia entre lo llamado "normal" y lo "anormal". La diferencia consiste más bien en un grado de intensidad. Y si observamos con algún cuidado la conducta de nuestros amigos, parientes y conocidos, veremos en acción estos mismos mecanismos que en el enfermo mental aparecen intensificados. "Toda persona normal"—dice WESCHLER, "tiene algo de neurótica; y todo neurótico, mucho de normal".

En la inconsciencia yacen ciertas ideas o grupos de ideas, recargadas de tono emocional, y que han comenzado a depositarse ahí desde la infancia. Estas ideas, que tienen un fuerte colorido afectivo o emotivo, son las que constituyen los llamados "complejos" de que tánto oímos hablar, y que en gran parte determinan la conducta del individuo. Pongamos un ejemplo para ilustrar el concepto del *complejo*: Supongamos que un niño está padeciendo de un furúnculo en un brazo. Llaman al médico, que llega a la casa y entra a la habitación del enfermito, portando su maletín negro. Le pide al niño que le enseñe el bracito enfermo, a lo que éste inocentemente y sin sospecha accede. El médico abre el maletín, saca un bisturí, le da un lancetazo al furúnculo y evacua su contenido. Al día siguiente, cuando el médico vuelve a casa del paciente, siempre llevando su maletín, no puede acercarse al niño sin que éste grite, llore y se resista.

EL COMPLEJO

Ahora supongamos que algún tiempo después, llega a la misma casa un visitante, que también carga otro maletín negro. El niño ve el maletín e inmediatamente empieza a llorar. La madre lo consuela, asegurándole que el visitante no es "un doctor malo con un cuchillo". Pero durante algún tiempo después el niño siente un gran terror hacia los maletines negros. Tal vez más tarde, después de haber olvidado este incidente, siente sienembargo una rara e inexplicable antipatía hacia las personas que llevan un maletín negro, o que usan trajes negros, o tal vez hacia todas las cosas negras. Cuando ve algo negro, *no recuerda* el doloroso incidente de la operación del furúnculo con un bisturí que fué extraído de un maletín

negro. Este desagradable incidente, que produjo una fuerte reacción emocional, ha sido olvidado, pero se ha sepultado en las profundidades de la inconsciencia, formando un *complejo.* Es algo *inconsciente,* pero que ejerce influencia, como ya hemos visto, en la vida posterior del individuo. (White)

De acuerdo con la teoría, pues, el complejo es un incidente emotivamente entonado, que ha sido o puede ser olvidado pero que, no obstante, se despierta a veces a la actividad, produciendo su resonancia emotiva original, sin que el sujeto tenga la más mínima idea acerca de la verdadera causa de su conducta absurda. (Moore).

Muchos de estos complejos que se hallan sepultados en la inconsciencia, no pueden llegar a la superficie y volverse conscientes porque están en oposición, en *conflicto* con las tendencias conscientes o los principios de la realidad, como lo son las leyes, la moral, la religión, los dictados de la sociedad y todos los factores que ejercen una acción inhibitoria sobre los impulsos primitivos. Este conflicto entre el deseo y su realización, esta guerra inconsciente entre lo animal y lo ideal, es la base primordial de la vida psíquica, está en las raíces de la actividad consciente, y es de tremenda importancia en la etiología de las psicopatías.

EL CONFLICTO

Y ¿de qué manera puede el individuo resolver estos conflictos, cuando existe la discrepancia entre el deseo y la posibilidad de su realización, entre el placer y la realidad (que es dolor)?...Puede hacerlo de dos maneras: Puede *actuar* de modo que satisfaga sus deseos, sin preocuparse de las prohibiciones impuestas por la sociedad, etc. (y entonces actúa como un *neurótico* o como un *criminal*), o de no, puede *fantasear* que los satisface. Si hace uso del primer medio, actuará bajo el dominio del llamado "Motivo-Realidad". Si del segundo, vivirá una vida de fantasía. (El ejemplo más común, que consiste en un mecanismo que todos usamos normalmente y con frecuencia, es el de "hacer castillos en el aire"). Este último mecanismo se ejecuta bajo el dominio del principio llamado "Dolor-Placer ("Pain-Pleasure Principle"), que hace que el individuo huya del esfuerzo que lo impele a actuar, y se escape de él valiéndose de "fantasías de deseo conseguido" ("Wish-fulfilling phantasies"). La mente inconsciente, pues, protege al individuo contra las actuaciones que lo harían ser despreciado por la sociedad. Y hace esto por medio de estas fantasías, que bien pueden ocurrir en el estado de vigilia, o mientras duerme (que es lo que constituye los "sueños").

REALIDAD vs. FANTASIA

En un estudio que hiciera yo recientemente de unos doscientos criminales, que están sirviendo condena por distintos delitos, desde hurto hasta asesinato en primer grado, y después de investigar cuidadosamente su vida psíquica, ni en uno solo encontré que hubiera habido fantasías de su crimen, antes de cometerlo. Probablemente la fantasía le hubiese servido como "válvula de escape", de mecanismo protector, satisfaciendo así el ansia impulsiva inconsciente, sin que el paciente hubiera tenido que recurrir a la acción real que se manifestó en una reacción criminal y lo convirtió en víctima de los códigos sociales. (Existen curiosas analogías entre la conducta del niño, del neurótico y del criminal, que estudiadas desde el punto de vista de la nueva psicología nos hacen ver más claro el camino en la interpretación de la conducta humana).

Ya hablamos del Conflicto y de las maneras más comunes de resolverlo. Cuando el impulso que sentimos inconscientemente es demasiado antipático a la consciencia, nos valemos del mecanismo llamado *represión,* por medio del cual nos negamos a darle satisfacción al impulso. (No se confunda esto con la *supresión* que es un mecanismo consciente e intelectual).

REPRESION

Los *prejuicios* de que son víctimas los hombres, son manifestaciones de la represión. La represión casi siempre decide el conflicto a favor de la moral, la religión, etc., y desde este punto de vista es excelente, porque coadyuva al mejoramiento cultural y social del individuo. Pero al mismo tiempo puede dar origen a graves formas de neuroses. NOYES nos da el ejemplo del hombre que tenía un gran prejuicio en contra de la vivisección, y al que se encontró ser instintivamente una persona cruel que *reprimía* sus crueles instintos. Para protegerse de un brote de su instinto, se negaba este hombre ciegamente a creer en el beneficio que pudiera derivarse de los métodos viviseccionistas en la investigación científica, y al mismo tiempo acusaba al investigador de la crueldad que sólo existía en las propias tendencias reprimidas del paciente. El Profesor WITTELS, de Viena, que dió recientemente unas conferencias en Washington, nos ponía el ejemplo de cierto juez que era famoso por su gran rectitud, moralidad y celo, y también por las sentencias que imponía a los acusados, la mayoría de las veces fuera de proporción con la gravedad del delito cometido. Este señor desarrolló con el tiempo síntomas neuróticos, y el análisis demostró que su inconsciencia estaba dominada por impulsos sadistas de crueldad, y su sadismo *reprimido* se disfrazaba, apareciendo en la consciencia envuelto en un ropaje de rectitud y excesivo celo en la administración de la justicia. Al imponer crueles sentencias a sus víctimas, no hacía otra cosa que satisfacer inconscientemente sus sadísticos impulsos.

Si el mecanismo de represión tiene éxito en el individuo, lo encaminará hacia una vida moral, religiosa y socialmente aceptable. Pero cuando hay un desequilibrio en el proceso, éste se manifiesta en la conducta, traduciéndose en síntomas psíquicos o físicos de anormalidad.

Es fácil el concebir que en el mecanismo de represión existe una fuerza (¿una variación del "élan vital"?) que trata de contrarrestar a otra. Y para hacerlo es necesario que exista un equilibrio en la energía mental. Pero frecuentemente hay un exceso de esta energía positiva, que es utilizable por el individuo para fines constructivos. En esta orientación del "surplus" de energía instintiva hacia fines provechosos como el desarrollo del sentimiento estético, la cultivación del arte, la religión, la investigación científica, los deportes o cualquier forma de actividad que redunde en beneficio del individuo o de la comunidad, hacemos uso del mecanismo de *"sublimación"* por medio del cual encaminamos la fuerza excesiva de la "líbido" (energía instintiva) hacia fines constructivos y meritorios. El individuo raramente se da cuenta de que su amor por el estudio, o la música, o los libros, o sus tendencias filantrópicas no son otra cosa que la expresión disfrazada de inclinaciones que en su forma original, sin haber sido inconscientemente *sublimadas* serían dañinas y destructivas. El primer amor, por ejemplo. ¿Quién de nosotros, en esa hermosa edad de la adolescencia, cuando se está verificando la transformación del ni-

SUBLIMACION

ño en hombre, cuando vemos el panorama de la vida iluminado por tintes rosados de ilusión, no ha sentido la dulce inquietud que nos produce la imagen de una mujer "ideal"? Durante esa etapa no amamos, ni con la pasión ardorosa del hombre ni con la cándida inocencia del niño. Nos volvemos poetas. Empezamos a escribir los primeros versos y las primeras cartas de amor. Nos cuidamos más de la apariencia personal. Nos volvemos algo taciturnos, soñadores. Se nos estimula la ambición, nos sentimos con fuerza suficiente para conquistar el mundo, que pondremos como homenaje a los pies de la amada. Todo entonces gravita alrededor del "ideal". Y si alguien entonces nos dijera la verdad escueta, que esa atracción que sentíamos, aunque envuelta en un ropaje de pureza es la manera sabia de que se vale la Naturaleza para conseguir la adaptación heterosexual del individuo y asegurar la propagación de la especie, lo insultaríamos, seríamos capaces hasta de matarlo. "Imposible que eso sea", responderíamos. "Mis sentimientos son de lo más puro, de lo más elevado. No hay nada de terrenal en ellos. ¡Jamás pienso en la amada en relación con la grosería del sexo!". Y tendríamos muchísima razón. Porque un exceso de energía de la que inconscientemente usamos para acallar los impulsos salvajes del sexo, la ha "sublimado" la mente, encauzándola por rutas constructivas, y utilizándola en actividades beneficiosas: producciones artísticas, sentimientos estéticos, ambiciones de éxito. Y de no ser así, la vida no valdría la pena de vivirse.

Y para que no me acuséis del delito que le imputan a los estrictos partidarios de Freud, de que todo lo atribuyen a la líbido sexual, os daré otro ejemplo de sublimación en el muchacho que era instintivamente cruel, gozándose en martirizar animales y destruir sus juguetes, que luego sublimó ese instinto sadista, transformándose en un eminente cirujano; y el del otro, que cuando niño era presa constante de una viva curiosidad y no desperdiciaba oportunidad de pegarse al ojo de una cerradura para sorprender lo que ocurría en el interior de las habitaciones, y que luego, en virtud de un mecanismo sublimatorio eficiente, se convirtió en un entusiasta patólogo que encontraba deleite en pasar horas y horas pegado al lente de un microscopio.

DESPLAZAMIENTO, COMPENSACION.

El mecanismo de *desplazamiento* o *substitución* es otro de los más útiles de que nos valemos. En este caso, la emoción es capaz de ser desviada, de un fin primario a otro secundario. Para ilustrarlo, usaré un ejemplo de STEKEL, del marido que tiene una disputa con su cara mitad, y de pronto agarra un plato y lo lanza al suelo, haciéndolo trizas. Con esta acción *substitutiva,* que no ha sido más que una forma de defensa, evita el tener que golpear a la mujer, salvándola así de un asalto físico, y salvándose él de la humillación que esto luego le hubiese causado.

Otro de los más admirables y no menos comunes es el de *compensación.* De la misma manera que en una cardiopatía *compensada* el músculo cardiaco se hipertrofia para que no sufra el equilibrio funcional, la mente inconscientemente compensa nuestros defectos de algún modo que siempre tienda a la felicidad y mejor adaptación del individuo: El cobarde casi siempre aparece amenazador y temible, para ocultar su cobardía. El físicamente débil tiene fantasías de derrotar a un atleta, y amenudo hace alardes de

musculosidad. Igualmente, el análisis ha comprobado que una demostración demasiado exagerada de pena por la muerte de una persona, puede que no sea otra cosa que una compensación de un deseo inconsciente de que esa persona desapareciese.

RACIONALIZACION—IDENTIFICACION.

Aunque todos nosotros preferiríamos creer que nuestra conducta es el resultado de una deliberación consciente, y que somos dueños absolutos de nuestras actuaciones, no podemos negar que el dominio consciente que tenemos sobre nuestra vida es ínfimo, comparado con la influencia que en nosotros ejerce lo inconsciente. Nuestra conducta es dirigida por motivos que la mayoría de las veces nos son desconocidos, y que se origina en nuestros instintos y nuestras emociones. Pero siempre después que actuamos de cierta manera, inconscientemente formulamos razones por las cuales creemos haber actuado así. Con esto nos engañamos. Las razones para nuestra conducta yacen en nuestra inconsciencia, y las razones aparentes que nos ofrecemos y en las que inocentemente creemos, no son más que modos de justificación. Nos valemos de este mecanismo llamado "racionalización" casi diariamente, y en los psicópatas lo vemos muy exagerado. Su objeto es, otra vez, el defender al individuo, evitando que se dé cuenta de ciertos pensamientos y deseos que serían ofensivos a su "yo-ideal". Ejemplo: Un individuo al que le es imposible dominar su afición por las bebidas alcohólicas. Constantemente realiza esfuerzos heróicos para combatir el vicio, y siempre falla. Pero cada vez puede darnos una magnífica razón para su caída: Estaba lloviendo, hacía mucho frío, y tomó un trago para evitar una congestión pulmonar, o se vió obligado a beber con un amigo que fué reciente víctima de una desgracia...¿quién va a despreciar a un amigo en tales circunstancias? Etcétera. Y lo serio del caso es que no son éstas meras excusas conscientes, sino que el individuo tiene un firme convencimiento de que han sido los móviles de sus recaídas, y no su flaqueza. Y así se engaña a sí mismo, evitando el herir su amor propio.

Cuando nos reunimos repetidamente con una persona por quien sentimos afecto o admiración, no tardamos en empezar a imitar, inconscientemente, sus gestos, o su manera de hablar, o de vestir. La muchacha de escuela que "adora" a su profesora, pronto empezará a imitarla; el "escalador social" trata de aparentar las maneras, modas y actitudes del gran mundo. Esto se hace valiéndose del mecanismo de *"identificación"*. Es un mecanismo fuertemente afectivo o emocional. Su manifestación más perfecta es el *amor*. En el amor, hay primero una idealización del objeto amado, y luego una identificación con él. En las psicopatías se ve demostrado a veces, como en el caso del soldado demente que constantemente hacía muecas, en imitación de las contorsiones faciales del enemigo a quien él mató de un bayonetazo en la cara. Este paciente estaba tratando de *deshacer* su hecho, y valiéndose de este mecanismo de *identificarse* con su víctima, la resucitaba, mentalmente.

PROYECCION—SIMBOLIZACION.

Uno que vemos frecuentemente intensificado en el psicópata; pero que es atributo también de la persona normal de tipo *paranoide*, es el de *proyección*. Esta

forma de protección consiste en expeler del "yo" los sentimientos desagradables, y atribuirlos a otra persona. Es el que está detrás de todas las manías persecutorias. Lo ilustraremos con un ejemplo tomado de White, de un hombre que en su juventud fué competente y se adaptó eficientemente a la vida. A los 65 años de edad, como consecuencia de reveses de fortuna e ineficiencia senil, se vió obligado a ingresar en un asilo para veteranos de guerra. El había sido siempre un hombre orgulloso y que jamás dependió de nadie. En el asilo, para hacerle la vida más llevadera y para que no se sintiera ofendido al pensar que dependía de la caridad pública para su subsistencia, le dieron un empleo de "clerk" en las oficinas administrativas. Pero el viejo no podía con la carga. Ya no era eficiente. Se equivocaba en la contabilidad, y ponía unas cifras por otras. Mas la realización consciente de su ineficiencia hubiera sido demasiado penosa para este individuo, y su inconsciencia se valió de este mecanismo de proyección para defenderlo: empezó a desarrollar delirios de persecución —ideas de que sus asociados le tenían envidia, de que estaban celosos de él, y para ponerlo en mal con las autoridades, ellos eran los que de noche y a hurtadillas asaltaban su oficina y le descomponían los libros, alterándoles las cifras. Este es el mecanismo de las *Paranoyas,* y normalmente lo vemos a diario en estos individuos que realmente tienen una constitución paranóica, que jamás pueden harmonizar con nadie, siempre tienen un disgusto y una pelea entre manos, se creen que donde quiera tienen enemigos, nunca se sienten complacidos, y el gobierno les tiene 'tirria"; son unos descontentadizos crónicos e interpretan las actuaciones de los demás de las maneras más absurdas, siempre creyendo que tratan de mortificarlos. Es muy difícil hacerles ver lo ilógico de sus razonamientos, pues está su *narcisismo* de por medio: su sentido del "yo" está hipertrofiado, y su razonamiento tiende a convencerlos de que si son objeto de tantas persecuciones es porque necesariamente tienen que ser personajes de importancia.

El último mecanismo que vamos a mencionar hoy, por ser muy importante, es el de "Simbolización".

Goethe dijo que "el mundo es un amontonamiento de símbolos". Y esto es una gran verdad. Si no lo creéis, probad a ultrajar la bandera nacional, a mediodía en punto, en la plaza pública, y os convenceréis del poder que tiene un símbolo. El simbolismo es de gran importancia en la vida mental, y teniendo esto presente, podremos entender mucho mejor la conducta del neurótico y del alienado. Cuando decimos que una persona que carece de inteligencia es "un asno" y que otro que carece de pulcritud es "un cochino", estamos simbolizando. Cuando una persona religiosa va a oir misa a la iglesia, y se pone de pie mientras el sacerdote lee el Evangelio, está simbolizando. Del mismo modo, el "loco" que comete acciones raras, que son incomprensibles para el no-iniciado, está haciendo uso de ciertos símbolos, que para él, en su trastorno, tienen la misma importancia que para nosotros tienen otros símboles normalmente.

El arte está lleno de simbolismo, que va acentuándose cada día más con las escuelas modernistas—la producción simbólica del artista es una expresión de su propia naturaleza. Las razas salvajes usan mucho el simbolismo en sus ritos y ceremonias, como en la práctica de enterrar la efigie de un enemigo al que se desearía matar. La magia y la medicina popular están cuajadas de símbolos y a todos nos

son conocidos los procedimientos que aún en nuestros campos usan los "curanderos" como parte de su armamentarium terapéutico: muchos son simbólicos, como el del "santigüo" y los "baños de plantas". El lenguaje humano es un cúmulo de símbolos.

En el neurótico vemos estos símbolos con frecuencia. Recuerdo el caso de un paciente que tenía una manía constante de lavarse las manos. Además sentía un terror pánico por los contactos que pudieran transmitirle una infección, llevando esta idea hasta extremos que le hacían la vida muy desagradable. Nada tocaba, tenía su cubierto y vajilla y todos sus objetos personales separados de los otros que convivían con él en su hogar; tenía que hervir su ropa; no había quien lo hiciera comer o tan siquiera tomar un refresco en un restaurant; en fin, su vida era una serie ridícula de ceremonias absurdas para prevenir la posibilidad de un contagio imaginario. Vivía en una constante ansiedad. El análisis demostró que su manía no era más que una manifestación de su miedo al pecado. El conflicto inconsciente existía en este caso, dominando la vida mental del paciente, y se manifestaba conscientemente en estos actos ridículos al parecer. Su manía de lavarse las manos cientos de veces durante el día resultó ser un símbolo de purificación. Tan pronto como se trajo a la luz el complejo, y el paciente comprendió el mecanismo de represión, se vió libre de sus *manías*.

La *Inconsciencia Racial* de la que ya hemos hablado, está poblada de expresiones simbólicas, y así en los sueños y las fantasías del individuo frecuentemente nos encontramos con símbolos que representan creencias arraigadas en la mitología y el "folk-lore" de la raza. Muchas costumbres y tradiciones de los pueblos, que aún existen, pero cuya significación original se ha perdido en la noche de los tiempos, encuentran su explicación en el simbolismo de la inconsciencia colectiva. Los objetos y experiencias que aparecen en los sueños son símbolos que revisten nuestros motivos inconscientes, nuestros deseos, y otros aspectos de nuestra personalidad. Los "tics" y espasmos nerviosos son frecuentemente símbolos que usa el paciente sin darse cuenta, y que pueden desaparecer con el análisis de la represión que los produce.

Antes de terminar esta incompleta enumeración de mecanismos mentales, debemos mencionar una forma de simbolización que tiene gran importancia médica, y es el proceso llamado *"conversión"*. Este se ve frecuentemente en el histerismo, y consiste en la transformación de complejos psíquicos en síntomas físicos. Es el mecanismo de muchas de las parálisis que llamamos "funcionales" a falta de término mejor, y de otros trastornos físicos que vemos curados "milagrosamente" o por métodos que carecen de base científica. El ejemplo que primero se me ocurre es el de un paciente que padecía de una parálisis motriz del brazo derecho. Este síntoma desapareció con el análisis, durante el cual se trajeron a la superficie consciente represiones que estaban relegadas a la inconsciencia desde la infancia. El paciente había sido un masturbador crónico, y al mismo tiempo se había criado en un ambiente religioso. Sus mentores se encargaron de exagerar el daño moral y material del pecado de Onán, mientras su líbido, mal encarrilada, encontraba expresión sólo en el auto-erotismo. Como resultado del grave conflicto que producía en el infeliz una pertinaz sensación de culpabilidad, se desarrolló una parálisis de la extremidad que usaba el paciente para llevar a cabo

su supuesto "delito", y así el "yo-ideal" del inconsciente castigaba al instinto animal.

Existen otros mecanismos que no discutiremos hoy para no abusar más de vuestra benévola atención.

Los que ya hemos mencionado, ilustrándolos con ejemplos tomados de la realidad, servirán para haceros comprender la importancia que para el médico, tanto para el que se dedica a la práctica general como para el especialista, tiene una comprensión de cómo actúa la mente humana. El médico, más que ningún otro humano, viene en diario contacto con las llagas físicas y morales de la humanidad. Y una apreciación del paciente, no sólo física sino también psíquicamente, considerándolo como un "organismo total", nos haría más tolerantes, nos ayudaría a la interpretación de ciertos síntomas que a nuestro juicio carecen de base orgánica, y nos encaminaría por consiguiente hacia mejores diagnósticos y un más inteligente tratamiento.

RESUMEN.

Resumiremos ahora brevemente los puntos más importantes en esta disertación:

I—La tendencia moderna es a estudiar las psicopatías desde un punto de vista psicológico, sin que por eso se descuide el aspecto psico-físico del individuo.

II. La mente, aunque no ha sido definida, se conoce por sus funciones que son: el darle conocimiento al individuo de su medio-ambiente, y el de adaptarlo a él.

III. No debe considerarse a la mente y el cuerpo como dos entidades distintas, sino como un sólo organismo. Ambos se han desarrollado conjuntamente en la historia de la evolución.

IV. La teoría de una parte "inconsciente" de la mente, que es mayor que la consciente, sirve para explicar muchos fenómenos que de otro modo serían incomprensibles.

V. La parte inconsciente se vale de ciertos mecanismos, que sirven de defensa al individuo en situaciones desagradables, y lo adaptan al medio-ambiente.

VI. Algunos de estos mecanismos predominan en todo individuo, de acuerdo con su constitución psíquica.

VII. En el psicópata, algunos vénse exagerados, dando lugar a anormalidades en la conducta.

CONCLUSION.

Es preciso para nosotros el empaparnos del concepto del "organismo como un todo" si vamos a ejercer nuestra profesión inteligentemente.

Para el médico que no es psiquatra, el problema de la "locura" no presenta grandes dificultades, pues todo lo que el público espera de él es que firme un certificado de insania para recluir al paciente en una institución. Pero el neurótico es un problema serio. Constantemente lo vemos en nuestros consultorios, y si nos olvidamos de considerarlos al nivel psicológico, el resultado será invariablemente uno de dos, a cual peor: después de un cuidadoso examen físico, que no revelará lesión orgánica, le diremos al paciente, con una afable sonrisa y golpecitos en la espalda, que su dolencia es "imaginaria", que sólo son "los nervios", y "Váyase a su casa tranquilo, aliméntese bien, haga ejercicio físico, olvídese de sus dolencias que esas son tonterías. ¡Ah... y de paso cómprese este patentizado francés para que se "entone" los nervios"... ¡Lamentable actitud!... El resultado será que la pobre víctima, cu-

yas dolencias son 'mentales", pero no por eso menos reales, desfilará por el consultorio de todos los médicos de la ciudad, tratando inútilmente de conseguir alivio a sus síntomas, y encargándose de desacreditar a "los doctores que no han acertado con mi enfermedad".

Y el otro extremo, que no es menos patético, consistirá en agarrarse de un pequeño trastorno físico, probablemente insignificante para la economía del organismo, tal vez una ligera albuminaria que puede ser "funcional", o de una glicosuria que probablemente se debe a una fuerte crisis emocional, o una reacción Wassermann débilmente positiva, y encargarse de exagerarlo imprudentemente ante el paciente, encaminando su atención hacia determinado órgano, agravando su neurosis y convirtiéndolo en un inválido para todo el resto de la vida, probablemente; en vez de emplear algún tiempo en explicarle el génesis de sus síntomas, persuadirlo de su naturaleza, o si no se puede disponer de tiempo para ésto, referirlo a alguien que pueda hacerlo.

Ambos extremos son viciosos, y es nuestro deber el evitarlos, usando tacto, y considerando al paciente como "persona" en vez de "caso", y teniendo para nuestros diagnósticos, siempre en mente la influencia que puede ejercer la personalidad psíquica del individuo en la fisiología y patología somáticas.

Porque, antes que nada, tiene nuestro ministerio atributos divinos, según Hipócrates, si conseguimos ejercerlo de acuerdo con su bello aforisma: DIVINUM EST OPUS SEDARE DOLOREM ("Es obra divina aliviar el Dolor).

BIBLIOGRAFIA

ADLER ---------- "Organ Inferiority and its Psychical Compensation".

BLEULER ---------- "Textbook of Psychiatry".

CAMPBELL, C. Macfie---------- "Present Day Conception of Mental Disorders".

DELGADO, Honorio ---------- "Sigmund Freud".

FERNANDEZ-SANZ ---------- "Las Psiconeurosis".

FREUD, Sigmund ---------- "La Psicopatología de la Vida Cotidiana".
"Selected Papers on Hysteria and Other Psychoneuroses".

GARRISON, F. H.---------- "History of Medicine".

HART, Bernard ---------- "The Psychology of Insanity".

HEALY, Wm. ---------- "Mental Conflicts and Misconduct".

JANET, P. ---------- "The Major Symptoms of Hysteria".

JONES, E. ---------- "Treatment of the Neuroses".

JUNG, C. G. ---------- "The Psychology of Dementia Praecox".

KEMPF ---------- "Autonomic Functions and the Personality".

KRETSCHMER ---------- "Physique and Character".

YUNG, C. G.---------- "Influencia de la Personalidad Psíquica en la Fisiología y

LAFORA, Gonzalo R.---------- "Lo Inconsciente" (Rev. de Occid., Madrid.)

MIRA, E. ---------- "Don Juan,...y otros Ensayos" (Madrid)
Patología Somáticas" (Rev. Med. Barcelona, Nov. 1928).

MOORE, D. T. V. ---------- "Dynamic Psychology".

NOYES, A. P. ---------- "A Textbook of Psychiatry".

STODDART ---------- "Disorders of the Mind".

STORCH, A. ---------- "The Primitive Archaic Forms of Inner Experience and Thought in Schizophrenia".

STRECKER and EBAUGH---------- "Clinical Psychiatry".

TANSLEY ---------- "The New Psychology and its Relation to Life".

WATSON ---------- "Psychology From the Standpoint of a Behaviorist".

WESCHLER ---------- "Clinical Neurology".

WHITE, W. A. ---------- "An Introduction to the Study of the Mind".
"Foundations of Psychiatry".
"Mechanisms of Character Formation".
"Principles of Mental Hygiene".
'The Unconscious" (Psychoan. Rev., Jan. 1915).



CIRUGIA PLASTICA

PRESENTACION DE UN CASO

Por el Dr. Emilio Vadi. Mayagüez, P. R.

Compañeros:

Por segunda vez nos encontramos reunidos en asamblea científica en esta ciudad de Mayagüez, y yo, cumpliendo un deber de disciplina, me permito consumir un turno en el programa, confiando en la benevolencia de los compañeros aquí reunidos.

El caso que voy a presentar ante la consideración de Uds., no resultará un caso nuevo para algunos de los compañeros aquí presentes, puesto que este mismo caso lo presenté en la asamblea en Aguadilla en Marzo pasado. Pero pareciéndome este asunto sumamente interesante y al mismo tiempo muy curioso, no he vacilado en volverlo a presentar ante esta asamblea del distrito de Mayagüez.

Se trata del siguiente caso: Un obrero de la Central Igualdad de Añasco, de 35 años de edad, casado, y vecino de la misma, mientras trabajaba en una de las centrífugas de dicha central, tuvo la desgracia de ser arrollado por dicha máquina, produciéndole además de otras lesiones, la pérdida total de la piel del pene, desde su base hasta su extremo. Inmediatamente después de su ingreso en mi Clínica, le practiqué una operación de cirujía plástica, con el propósito de cubrir nuevamente dicho órgano de piel sana y evitar de este modo su amputación. Dos eran los problemas que se me presentaban: Primero: de dónde obtener la piel sana. Segundo: qué método debía adoptar para injertar esta piel. En la operación ideada por Reichs para los casos de pérdida total de la piel del pene, se obtiene la piel del escroto, y la operación se practica en dos tiempos.

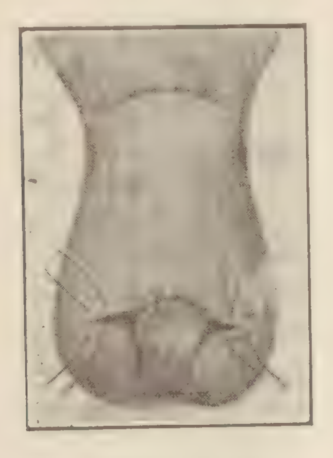
La operación se practicó en dos tiempos: la primera operación consistió en practicar un túnel subcutáneo en el escroto, dentro del cual se enterró el pene, con el fin de que se produjera el injerto de dicha parte del escroto por la parte superior del pene. (Fig. 1)



(Figura No. 1)

Dos meses después practicamos la segunda operación que consistió en separar el pene del escroto, con suficiente cantidad de piel para envolverlo en su totalidad, a fin de que se produjera el injerto

de la misma por la parte inferior. (Fig.2)
Resultado de la operación:



(Figura No. 2)

1. El injerto prendió satisfactoriamente, cubriéndose el pene de piel nueva, y sin deformidad alguna. (Fig. 3)



(Figura No. 3)

2. La capacidad funcional del órgano no quedó disminuída puesto que el lesionado manifiesta que está capacitado para ejercitar sus funciones sexuales sin molestia alguna. (Fig. 4)



(Figura No. 4)

Hasta aquí queda expuesta toda la historia del caso.

CONCLUSIONES:

En los casos de pérdida total de la piel del pene, como cuando ocurren, por ejemplo, quemaduras o bien traumatismos extensos de dicho órgano, es de imperiosa necesidad proveer de piel nueva a todo el órgano, pues de lo contrario se producirían contracciones fibrosas y deformidades, que inutilizarían el funcionamiento del mismo.

Esta operación podría intentarse también en muchos casos en los que el cirujano se ve obligado a separar toda la piel del pene como medida terapéutica, como por ejemplo, en los casos de hipertrofias filáricas, ulceraciones crónicas, etc.

Discurso leído por el presidente, Dr. Ramón M. Suárez, el día 7 de julio de 1929, al colocar la primera piedra del Edificio de la Asociación Médica de Puerto Rico

El 8 de julio de 1906 decía nuestro sabio Dr. Stahl en una asamblea médica celebrada en Mayagüez:—"La Asociación Médica no se ha creado para un monumento, ni se ha formado como un molde raquítico para contener solamente la personalidad de un grupo de hombres generosos y buenos, sino para condensar todas las energías del presente y ofrendarlas al porvenir, como tributo de esfuerzo humano en su lucha por el bien y la felicidad colectivos."

Y en sus veinte y siete años de vida la Asociación Médica de Puerto Rico ha seguido cuesta arriba, ligero algunas veces otras muy lentamente, cayéndose otras, para levantarse seguido con mayores bríos, por el camino árduo y penoso del desinterés y del sacrificio que nos trazaron aquellos corazones nobles, aquellos cerebros privilegiados, aquellos Quijotes de la profesión, que en sus andanzas y correrías por ésta su "ínsula' que rida, quisieron "desfacer entuertos" batiéndose estóicamente contra la ignorancia, la enfermedad y la pobreza del pueblo, libertando al médico empobrecido moral y materialmente, prisionero dentro del castillo arcáico de su pasividad, de la costumbre, y de la política. La lanza para el combate fué el amor a la ciencia y a la humanidad, y el escudo protector fué la Asociación Médica de Puerto Rico.

Cuando decíamos hace varios días en la prensa diaria, que la idea del edificio médico "peina canas y fué amamantado por miembros ilustres y... por distintas comisiones", es porque siempre estuvo en la mente de aquellos hombres la defensa de la personalidad, la independencia, y el prestigio de esta organización, y vemos como ya en el 1903, un año después de la fundación, trataron de establecer las oficinas permanentemente en uno de los departamentos de la casa que ocupaba entonces el Ateneo Puertorriqueño; como hemos sostenido y mantenido oficinas propias desde el 1912, y como hemos oído tantas veces a distinguidos compañeros discutir la realización de nuestra casa social, explicando su creación con un simple problema de multiplicación, ésto es: el número de médicos por una suma fija de dinero. Un optimismo contagioso que le agradecemos porque influyó poderosamente a que nos decidiéramos a darle frente a ésta obra.

Ha sido y será mucho más difícil el problema. Ya hemos tenido que *restar* muchas veces, y quien sabe si habremos de imitar la multiplicación de los panes y los peces, parodiando el milagro con piedras y cemento. Pero no nos amilanan los contratiempos, ni serán invencibles los obstáculos que se presenten, porque en esta aventura son muchos los escuderos y algunos de ellos tan Quijotes como el hidalgo de la Mancha, Qujano el Bueno.

Tendríamos que llenar muchas cuartillas y cansarlos demasiado si fuésemos a mencionar siquiera los nombres de todos los que hasta la fecha han contribuído a hacer viable éste proyecto, pero en este momento solemne para la clase médica del país, en que se va a colocar la primera piedra, la Asociación Médica de Puerto Rico hace público su reconocimien-

to a ambos cuerpos legislativos de Puerto Rico, donde nuestro proyecto concediéndose un solar, tuvo esforzados paladines (algunos de los cuales se encuentran aquí) consiguiendo que el proyecto fuese aprobado con solo un voto en contra; al departamento de Sanidad que bondadosamente se desprendió de éste terreno y al Hon. Gobernador Towner, quien puso su firma haciendo ley el proyecto.

Y, qué tenemos para edificar nuestra casa? Pues contamos ya con suficiente dinero para dar el primer empuje a la obra, tenemos la promesa formal y la firma de bastantes médicos que garantizan seguir la construcción durante algún tiempo, la fé absoluta en el espíritu de cooperación y defensa de 230 médicos de Puerto Rico, la labor asidua y honrada de un contratista como Sánchez Frasqueri, la ayuda desinteresada y constante de mi padre político, Jesús Benítez Castaño, y sobretodo, la confianza que tenemos los Sanchos y Quijotes actuales de esta Asociación. Como hasta ahora hemos vencido esperamos que no será éste nuestro Waterloo.

La magnitud de nuestra obra lo prueba de una manera elocuente la presencia en éste sitio del venerable patricio Dr. Santiago Veve, quien a riesgo de su salud ha dejado la tranquilidad de su retiro de la "Sardinera" para contribuir a vigorizar la Asociación, consagrando su vida para siempre, a colocar la primera piedra del edificio médico. El viejo tronco sigue hudiendo sus raíces dentro del corazón de su pueblo y sus flores tienen siempre el mismo perfume.

La juventud pasa aturdida y veloz, y un día, el mañana que está ahí, bien cerca de nosotros, nos sorprende con un alerta, como diciéndonos aquí estamos, ya hemos llegado". Es la vejez, con sus amarguras, es la muerte misma, felices si podemos decirle serenamente: hemos llegado y hemos cumplido con nuestro deber y nuestra conciencia, y dejamos como un tributo a las futuras generaciones, lo que se condensa en este momento, todas las energías presentes, todas las luchas pasadas, para representar en una casa los ideales triunfantes de la Asociación Médica de Puerto Rico.



CONSIDERACIONES SOBRE ALGUNOS ASPECTOS CLINICOS DE LAS TONSILITIS.

TONSILECTOMIA

Dr. T. J. RAMIREZ.

No es la intención del autor cansar a esta perita y madura Asamblea, con la rutinaria enumeración y descripción de la etiología, sintomatología, patología, etc., etc., de estas afecciones. Es nuestro propósito solamente, en primer término, exponer todo lo más enérgicamente que se nos haga posible la necesidad en que estamos de llevar siempre presente la grandísima importancia de la relación íntima y directa que existe entre las afecciones locales de las amígdalas, ya como portales de entrada o ya como perennes albergues de focos de infección latente un sin número de afecciones o complejos-sitomáticos de forma sistémica que con bastante frecuencia se nos presentan en el curso de nuestra práctica diaria y que a menudo inadvertidamente nos perplejan y nos confunden. Esta relación directa es tan marcada y tan constante que hace tiempo ya hemos llegado a la conclusión más clara de que la una es la CAUSA y la otra los EFECTOS. La CAUSA casi nunca varía, mientras que los EFECTOS son tan distintos y tan variados que muy bien pueden fluctuar desde una simple adenitis cervical hasta la más grave forma de una endocarditis, meningitis, nefritis o retinitis, etc.

En segundo término, es mi propósito también, hacer hincapié sobre la indispensable cooperación que debe de existir entre el médico-clínico y el cirujano, no sólo en el tratamiento preoperatorio y cuidado post-operatorio de estos pacientes sinó también el imprescindible deber en que está el primero de insistir que todos estos casos sean tratados quirúrgicamente a su debido tiempo, ya que en su totalidad o por lo menos la gran mayoría de ellos jamás podrán obtener una curación radical con un simple tratamiento medicinal. Conozco médicos que por miedo o por capricho aconsejan a estos pacientes a rehusar toda intervención quirúrgica, manteniéndolos así en un estado de invalidismo crónico y exponiéndoles también a que les sobrevengan o puedan sobrevenir daños en su economía física de carácter grave y permanente.

La experiencia y la práctica ya nos ha hecho aceptar como científico y como razonable que debemos tratar quirúrgicamente:—1. Todos aquellos casos de hipertrofia de las amígdalas y adenoides y aún si estos estorban la respiración natural. 2. Todos aquellos casos sujetos a repetidos ataques de tonsilitis hayan o no presentado síntomas de invasión local o sistémica, otitis, adenitis, poliatritis, endocarditis, etc. 3. Todos aquellos casos de infección crónica de estas glándulas, que convertidas en albergue de material infeccioso son un peligro y una amenaza constante para la salud general del enfermo. 4. Ultimamente todos aquellos casos en que un paciente esté sufriendo de una infección sistémica crónica de carácter serio y en quien no se ha podi-

do encontrar ni sospechar ningún otro portal de entrada y aún cuando el paciente no haya sufrido ni un solo ataque de tonsilitis y que sus amígdalas al ser examinadas no presenten evidencias de afección alguna.

Ilustraré mis propósitos con los detalles más esenciales de varios casos clínicos seleccionados de mi limitada práctica y experiencia.

Caso No. I. Sept. 10, 1923. El niño J. R., Las Marías, blanco de 8 años de edad.

Historia: Negativa hasta hace tres meses que empezó la presente enfermedad. No hay indicios ni se admite sífilis hereditaria. Ningún ataque tonsilar.

Examen: Niño normalmente desarrollado. Presenta una eritema general de la piel. Corazón, pulmones y abdomen y extremidades negativos. Nariz y faringe presentan tonsilis y adenoides hipertrofiados. Se hace posible la expresión de material purulento de las criptas de las amígdalas. Leves trazas de albumina y algún que otro piocito. Temperatura de la mañana 98, de la tarde 99, pulso 90. Síntomas prominentes: movimientos convulsivos involuntarios de las extremidades y cara. Estos movimientos persisten aún durante el sueño.

Diagnosis: Corea secundaria a tonsilitis crónica.

Tratamientos Durante los últimos tres meses el niño ha sido sometido a vigoroso tratamiento de dieta e inyecciones arsenicales y sedantes sin ningún resultado favorable. Operación, Sept. 11, 1923, Tonsilectomia—adenoidectomia. Al siguiente día las convulsiones empezaron a disminuir marcadamente y diez días después, el paciente salía de la Clínica completamente curado. Hace como seis meses que le ví por última vez y está en perfecto estado de salud, con un desarrollo mental dentro del promedio general.

Resumen: Un caso en que nunca hubo ataques aparentes de tonsilitis, sinembargo el examen de dichas glándulas mostró la presencia de infección crónica cuya absorción estaba causando los síntomas de irritación de la corteza cerebral. Fuera la CAUSA, desaparecieron los EFECTOS.

Caso No. II. Junio 1, 1927. La niña de 4 años, A. F., Mayagüez, blanca.

Historia: Niña nacida y desarrollada normalmente. Sífilis hereditaria negativa. Alcoholismo o epilepsia en la familia negativos. Hace como tres meses que se le vienen presentando periódicamente y aumentándose en severidad ataques epilépti-formes. También sufrió hace seis meses de una fuerte afección de la garganta que resultó no ser difteria.

Examen: Niña algo anémica y delgada. Organos toráxicos, abdominales y extremidades, negativos. Orina normal. Temperatura, pulso y respiración normales. No había obstrucción nasal aparente. Adenoides presentes. Amígdalas a la simple vista normales, pero al examinarlas con más cuidado aparecieron más grandes que lo normal y sus caras casi cubiertas por las plicas de la mucosa que tapaban varias de las bocas de sus criptas.

Diagnosis: Ataques epileptiformes de origen desconocido.

Tratamiento: No conociéndose la causa de la enfermedad que seguía progresando se procedió en Junio 3, 1927 a una Tonsilecto-adenoidectomia y desde entonces cesaron por completo los ataques epileptiformes y la salud de la niña en general mejoró notablemente. Secciones de la glándula después de enucleada presentaban múltiples abscesos o quistes de retención en las criptas cuyas bocas estaban tapadas por las plicas de mucosa.

Resumen: Amígdalas aparentemente normales, escondidas en las fosas tonsilares, sin síntomas locales. Se procedió a

la operación por no haberse encontrado ninguna otra causa aparente de la enfermedad epileptiforme que se agravaba más cada día. Nuestra opinión es que los ataques se debían al reflejo de la irritación continua producida por la presencia y presión de dichos quistes de retención en las amígdalas.

Caso No. III. Enero 15, 1920. Joven de 22 años, A. C., blanco, España.

Historia: No ha sufrido enfermedades graves ni contagiosas. En los últimos dos años ha sufrido de varios ataques de tonsilitis aguda y reumatismo.

Examen: Infección aguda de las amígdalas sobre infección crónica latente. Se pudo expresar pus con facilidad de sus criptas. Inflamación agudísima de casi todas las coyunturas del cuerpo. Paciente gravemente enfermo. Temperatura 104.4, Pulso 120, Resp. 22.

Diagnosis: Reumatismo poliarticular agudo de origen tonsilar.

Tratamiento: Inyecciones intravenosas de Yoduro y Salicilato. Síntomas de tonsilitis aguda desaparecieron prontamente pero no así la inflamación de las articulaciones, ni tampoco la fiebre que se mantuvo alta 103 a 104 por espacio de un mes. Luego se estableció un proceso de reumatismo subagudo que no respondía a ningún tratamiento médico instituídole. En Febrero 25, 1920, procedimos a una tonsilectomía, después de la cual los síntomas reumáticos fueron desapareciendo con más rapidez y en el curso de dos semanas el paciente curó radicalmente.

Resumen: Caso de reumatismo poliarticular agudo, teniendo de portal de entrada las amígdalas. Se hizo necesario extirparlas para deshacerse de dicho foco de infección local y poder curar al paciente radicalmente, de lo contrario se hubiese estacionado y probablemente convertido en rheumatismo articular crónico y tal vez hasta invadir órganos vitales y hacer daños permanentes.

Caso No. IV. Srta. T. E., 19 años de edad, soltera, blanca, Mayagüez.

Historia: Este caso es el de una joven que jamás tuvo afección de las amígdalas aparente, sinembargo desarrolló hace ya como año y medio una adenitis cervical bilateral de gran volumen, sin fiebres ni otros síntomas locales o generales. Durante todo ese tiempo fué tratada medicinalmente y enérgicamente con inyecciones de yoduro y arsénico sin resultado aparente. Filaria, Tuberculosis y Sífilis negativos. Hace seis meses vino a mi consultorio y después de examinarla por primera vez, encontré que estaba padeciendo de una pequeña hipertrofia tonsilar con infección crónica. Aconsejé la tonsilectomía como único medio de curar la adenitis voluminosa que la desfiguraba muy marcadamente. Aconsejada por su médico, rehusó la operación. Dos meses después presentósele una polineuritis de las extremidades inferiores muy dolorosa y que resistió a todo tratamiento médico. No hubo alteración en cuanto a la adenitis de ambos lados del cuello. Desesperada ya fué admitida a la Clínica en Mayo 9, 1929 y se le practicó una tonsilectomia y desde entonces desaparecieron por completo los dolores de las neuritis y los ganglios cervicales van disminuyendo en tamaño a paso de gigante, sin necesidad de más medicinas.

Resumen: Caso claro de adenitis cervical voluminosa producida por tonsilitis crónica, que rehusó operación por consejo facultativo, que bajo tratamiento médico le sobrevino otra nueva complicación molesta y muy dolorosa que le obligó a desobedecer los consejos del médico y a encontrar alivio y curación en manos de la cirujía. También pudo haberle sobrevenido una endocarditis o una meningi-

tis o cualquier otra complicación de gran gravedad y tal vez hasta de resultados funestos.

Caso No. V. J. G., Jr., niño de 12 años de edad, blanco, Mayagüez.

Historia: Niño un poco anémico y atrasado en su desarrollo debido a una hipertrofia de las amígdalas y adenoides que obstaculizan marcadamente la respiración natural.

Examen: En Enero 12, 1927. Tonsilas y adenoides hipertrofiados. Pequeña inflamación de los ganglios en el ángulo de la quijada. Temperatura normal, Orina normal. Organos vitales normales. Se acordó operarlo al día siguiente. Tiempo de salida de la sangre 2 min. y cuarto. Tiempo de coagulación 6 min. y medio. Hemoglobina 87%. Por enfermedad de la madre del chico no pudo realizarse entonces la operación. Como dos meses después y sin previo aviso se me presentó bien temprano por la mañana (Feb. 17, 1927) para que se le hiciera la operación inmediatamente porque ya lo habían pensado mucho y querían salir de eso. Procedimos a complacer al padre de dicho niño inmediatamente sin más exámenes en ese momento por haberlo hecho dos meses con anterioridad. La operación fué hecha con facilidad pero nos sobrevino una hemorragia capilar que puso en peligro de muerte a dicho niño por muchos días después de la operación. Tuvimos que recurrir a la cauterización completa por el termocauterio de las dos fosas tonsilares y a la transfusión de sangre para poderlo salvar de las garras de la muerte.

Resumen: Es un tonto el cirujano que opera a un paciente sin haber hecho un examen físico de este paciente por lo menos 24 horas antes de la operación. Esto es muy verdad en cuanto a lo que se refiere a la estimación del tiempo de la salida y coagulación de la sangre, ya que sabemos que éstos pueden variar marcadamente en la misma persona en un corto lapso de tiempo y aún de un día para otro.

Caso No. VI. P. A., adulto de 31 años de edad, Español, San Germán.

Historia: Jamás ha padecido de la garganta, ni sífilis, ni malaria, ni de ninguna enfermedad hereditaria o infecto-contagiosa.

Examen: Adulto joven, vigoroso, de aparente buena salud, atiende con regularidad a sus quehaceres diarios con excepción de aquellos días en que es víctima de unos ataques con el siguiente complejo-sintomático:—Falta de respiración con marcada cianosis, dolor intenso en la región cardíaca que atraviesa el tórax desde el esternón hasta la espina dorsal y con radiaciones a lo largo de las arterias hacia el cuello y el brazo y antebrazo izquierdo. Sensación de muerte inminente, sudor frío general, pulso rápido y débil, casi imperceptible, náuseas, vómito y muchas veces pérdida del conocimiento. Estos ataques se repiten con frecuencia y hacen su aparición tanto de día como de noche durante el sueño, y son rebeldes a toda clase de dieta y medicinas. Un examen físico detenido del paciente después de estos paroxismos no revela nada que pueda jusificarlos. No hay lesiones orgánicas. Solo pudimos sospechar un par de amígdalas algo recrecidas y de las que a dura fuerza pudimos conseguir la expresión de un poquitito de material purulento.

Diagnosis: Pseudo angina de pecho de origen desconocido.

Tratamiento: Tonsilectomía. Desaparecieron los ataques y curó el enfermo.

Resumen: Complejo-sintomático sistémico que perpleja y confunde pero que desaparece al remover un foco de infec-



Soluciòn
Pautauberge
al clorhidro-fosfato de cal creosotado
La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas.
Anticatarral y Antiséptica
Seca las secreciones y cicatriza las lesiones tuberculosas.
Eupéptica y Reconstituyente
Reanima las funciones de nutricion y el estado general.
Agente exclusivo para Puerto Rico
George J. Wallau, Inc.
153 Waverly Place, New York.
PAUTAUBERGE'S SOLUTION
DOSIS. Una cucharada en medio vaso de agua azucarada, inmediatamente antes o después de las comidas.
1874
1874
Gripe
Escrófula
Raquitismo
Afecciones
Bronco-
Pulmonares

ción crónica local y que no era fácil de sospechar, dado lo raro y lo alarmante de la dolencia.

TONSILECTOMIA

La enucleación de la amígdala intacta dentro de su propia cápsula, es el único método radical y científico de hacer desaparecer la CAUSA y curar los EFECTOS de todas estas afecciones tonsilares. Una extirpación incompleta jamás podrá curar, pero sí puede muy bien agravar y aumentar la patología ya presente, como también hacer más dificultosa una necesaria subsiguiente enucleación total. En los niños y en los adultos cuyas amígdalas no hayan sido víctimas de repetidas infecciones agudas abscesos y operaciones incompletas, la enucleación de estas glándulas es cosa bastante fácil, ya que éstas yacen casi libres en sus fosas tonsilares sin adherencias firmes que las adhieran con excepción de algún tejido conectivo, los vasos y la sujeción circumvalar de la mucosa. En los adultos que han sido sujetos a frecuentes infecciones tonsilares, abscesos, cicatrices, con bandas de tejido fibroso, y formación de raices y túneles con atrofia del tejido glandular, la enucleación se hace más difícil y más complicada.

Habiendo tenido nuestro paciente un tratamiento preoperatorio adecuado, un examen físico completo, la estimación del tiempo de la salida y la coagulación de la sangre, una ligera desinfección de la garganta, teniendo uno al paciente bajo absoluto control, cosa que se obtiene con una anestesia completa, teniendo una buena, clara y perenne exposición del campo operatorio, lo que obtenemos con nuestro aparato especial que es a la vez depresor de lengua, abre-boca y tubo anestesiador, una buena luz de cabeza, y un aparato de succión, no hay razón por la cual no podamos realizar en todos los casos una extirpación completa de la amígdala o sus vestigios a conciencia de dejar una fosa tonsilar en completo estado de limpieza, con una hemostasía total o dentro del límite de la seguridad y sin haber infligido la menor trauma al pilar anterior o posterior ni tampoco al pequeño músculo, constrictor superior de la faringe, que forma el fondo de dicha fosa tonsilar. La posición de la cabeza del paciente en estado de extensión con relación al cuerpo y el continuo uso del aparato de succión impide casi en su totalidad la aspiración de sangre, pus o debris por las vías respiratorias.

No es mi intención, ni aun tan siquiera insinuar, que es esta una intervención quirúrgica sin peligros y de categoría menor, pues es mi opinión y experiencia que ella es una operación mayor y que solamente debe ser llevada a cabo por un especialista o por un cirujano que haya tenido enseñanza especial y bastante experiencia y que disponga de ayudantes técnicos y las facilidades de un hospital que esté adecuadamente equipado para operaciones de esta índole.

Abscesos tonsilares: La anatomía y el tamaño de esta glándula no permite la formación dentro de su substancia propia de abscesos voluminosos y cuando estos ocurren por lo general son abscesos peritonsilares. Abscesos pequeños de la glándula propia y dentro de los confines de la cápsula son bastante comunes y muchas veces dan lugar a ningún o casi a ningún síntoma. Es muy frecuente, después de una tonsilectomía, encontrar en secciones de dicha glándula, pequeños abscesos que no habían sido sospechados previamente. La mayor parte de estos abscesos tienden a reventarse temprana y expontáneamente, otros se enfrían, se en-

quistan y forman nidos de infección latente y en muchos casos, sin dar síntomas locales, son la causa de muchos y complejos trastornos generales. Tratamiento: Incisión vertical sobre la parte más prominente del absceso cuanto antes nos sea posible. Más tarde, cuando el estado álgido de estos casos haya pasado y cuando ya no estén presentes ninguna de las señales de congestión o infección aguda y si es que tenemos como interés primordial la curación radical de esos pacientes, es nuestro deber, insistir en que se proceda a la tonsilectomía.

Abscesos peritonsilares se presentan también con bastante frecuencia y en nuestra práctica muchas veces han hecho su aparición como por tandas epidémicas. La anatomía de esta región favorece tres sitios para la localización y acumulación del pus y que son a saber: (a) en la fosa supratonsilar. Cuando esto sucede, la amígdala está desplazada hacia abajo y aparece gran infiltración y congestión del velo del paladar. (b) En el espacio subtonsilar. Esto produce desplazamiento de la glándula hacia arriba y también va acompañada de gran dificultad al tragar y una gran hinchazón y congestión del pilar posterior. (c) En la región central de la fosa tonsilar, detrás de la cápsula de la amígdala. Aquí el desplazamiento de la amígdala es hacia la línea media. El proceso es por lo general mucho más lento, hay temprana extensión a los ganglios del cuello y los síntomas son aquellos de una supuración profunda.

Tratamiento quirúrgico: Una adecuada incisión *vertical* sobre la porción más prominente del tumor debe ser practicada tan pronto hayamos hecho el diagnóstico. Debemos tener muy en cuenta el no lacerar o cortar los pilares y siempre que nos sea posible no tocar la substancia de la amígdala propia. En los abscesos de localización central para evitar de cortar através de la glándula se debe hacer una incisión vertical de la mucosa entre el pilar anterior y la cápsula de la amígdala y seguir esta con la introducción de una pinza de Pean curva hasta llegar al sitio de acumulación central, entonces, abriendo un poco dicha pinza prontamente veremos correr el pus. Todo el pus, sangre y debrís que sea expelido debe ser prontamente removido por el aparato de succión.



BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PBULICADO CADA DOS MESES BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA.

Año XXII. | Noviembre y Diciembre de 1929. | Núm. 174.

LA REALIZACION DE UN IDEAL

Celebramos el pasado año con la Asamblea ordinaria de la Asociación Médica, sus BODAS DE PLATA.

En esta misma página editorial del número de enero de 1929, comentando la trascendencia de aquel fausto acontecimiento, que así probó el entusiasmo científico de la clase como el fervoroso espíritu de confraternidad que en ella impera, decíamos: Satisfechos debíamos estar y estamos del desarrollo alcanzado por la Medicina en Puerto Rico; y agredecidos a la representación popular de nuestras Asambleas Legislativas donde siempre tuvieron eco nuestras recomendaciones y hallaron ambiente favorable nuestras ideas". Hora es, la de ahora de acometer, para realizarlas, las tres obras que faltan para completar el programa, las aspiraciones, el pensamiento de la Asociación Médica Puertorriqueña: Estas obras son:

"Primera:—La Casa u Hogar del Médico de Puerto Rico".

"Segunda:—La Ley de Asistencia Pública o Beneficencia Municipal."

"Tercera:—La creación del Cuerpo de Médicos Forenses".

"Confiamos en que se realicen estas obras, porque contamos para la primera con el firme propósito, la resolución decidida de un considerable número de asociados que quieren ver levantarse cuanto antes la Casa de Nuestra Sociedad".

Este primer propósito se ha cumplido. El sueño se ha realizado. La Asociación Médica de Puerto Rico tiene su hogar propio.

Sobre un pedazo de nuestra tierra, cedido generosamente por la Asamblea Legislativa, ha levantado el esfuerzo, la decisión, el sascrificio y, sobre todo, el amor de un puñados de médicos abnegados, un edificio modesto y sencillo para darle albergue a la noble institución.

Poco más de seis meses han transcurrido desde que la ley haciéndonos dueños del solar, nos permitió cavar la tierra y echar los cimientos de esta obra.

Día tras día, la voluntad inquebrantable de un hombre joven, ungido con el santo óleo de la fe, no descansó un instante hasta ver sobre los cimientos aquellos, las paredes enhiestas, las tejas sobre el techo, el piso ensamblado.

Los que al pasar por la Avenida Fernández Juncos vieron, hace poco, entre la arboleda del andamiaje unos muros que subían, se sorprenderán ahora contemplando la estructura sencilla, pero elegante de un edificio que ostenta sobre su puerta la entrada esta inscripción: "ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO".

Este hombre joven, entusiasta, soñador que dió vida a sus sueños y realidad a sus esperanzas, es el presidente de la Sociedad: el Dr. Ramón M. Suárez.

Con él estuvieron y están todos los que como él aman la institución, quieren a Puerto Rico y sienten la influencia bien-

hechora de la convivencia fraternal en el seno de la más noble de las ciencias.

¡Bendito momento aquel en que los médicos de Puerto Rico pensamos en hacernos de un hogar!

¡Benditas las almas blancas que nos han ayudado en esta obra!

De hoy en adelante, esta Casa habrá de proporcionar a nuestros asociados la amable tranquilidad del hogar científico, brindándoles en no lejano futuro una completa biblioteca profesional, un gabinete de estudio donde hallarán los instrumentos de observación más indispensables, un museo y un servicio de información tan amplio como el intercambio con las Asociaciones análogas del exterior nos lo permita.

A este templo propio, vendrán los sacerdotes de la ciencia a oficiar en sus altares con la honda, legítima satisfacción, de hallar en él la acogida fraterna y la franca y sincera hospitalidad de los médicos de Puerto Rico.

Iniciamos con esta obra la entrada airosa y gallarda de la Asociación en el año vigésimo séptimo de su vida y vamos, camino de sus BODAS DE ORO, ofrendándole esta prueba de nuestra devoción.

A los que con nosotros vengan a compartir nuestras tareas y a gozar en nuestros entusiasmos, sólo le pedimos que quemen un grano de incienso espiritual en el altar del recuerdo en homenaje de gratitud a los compañeros que se ausentaron para siempre de nuestra tierra y que en ella dejaron, como anhelamos dejar nosotros, simientes de bien, flores de bondad, frutos de bendición.

Que en este hogar, abierto para todos, estarán siempre presentes para recibir el tributo de nuestro cariño y de nuestro reconocimiento todos aquellos que lucharon por redimir a nuestro pueblo del cautiverio de la enfermedad, de las torturas del dolor y de las asechanzas de la muerte.

Estado Demostrativo de la cuenta del Edificio de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Informe Presentado por el Dr. Ramón M. Suárez a la Reunión de Accionistas, celebrada el día 26 de Octubre de 1929.

Cantidades ingresadas hasta Sept. 7 de 1929.

Dr. Ramón Berríos Berdecía	$ 100
Dr. R. López Nussa	100
Dr. E. Fernández García	10
Dr. A. Navas Torres	75
Dr. José R. Villamil	100
Dr. P. Gutiérrez Igaravidez	100
Dr. José D. Montenegro	100
Dr. López de la Rosa	100
Dr. L. J. Fernández	100
Dr. Amalio Roldán	100
Dr. F. Goenaga	100
Dr. Ramón M. Suárez	100
Dr. M. Pujadas Díaz	100
Dr. M. Juliá	300
Dr. I. González Martínez	100
Dr. M. Díaz García	300
Dr. García Cabrera	100
Dr. Ramón Sifre	100
Dr. Jorge del Toro	100
Dr. Costa Mandry	100
Dr. J. Belaval	100
Dr. R. Bernabe	100
Dr. F. Trilla	200
Dr. H. F. Carrasquillo	200
Dr. A. L. Carrión	100
Dr. P. Morales Otero	100
Dr. Agustín Laugier	200
Dr. Jesús Armaiz	150
Dr. R. Colón	100
Dr. Rivera Aulet	100
Dr. Nestor de Cardona	100
Dr. Arturo Cadilla	100
Dr. Manuel A. Astor	100
Dr. Alejandro Otero López	100
Dr. Francisco Susoni	100
Dr. J. H. Font	100
Dr. Antonio Villanueva	100
Dr. Jenaro Barreras	100
Dr. José González	100
Dr. Manuel G. Carreras	200
Dr. Juan Veve	200
Dr. Santiago Veve	500
Dr. Bladuel	100
Dr. César Domínguez	100
Dr. Agustín Mújica	100
Dr. Juan Nogueras	100
Dr. Pedro Perea	100
Dr. José E. Igartúa	100
Dr. Emilio Vadi	75
Dr. M. Rodríguez Cancio	100
Dr. M. García de Quevedo	100
Dr. Carlos González	50
Dr. Antonio Muñiz	100
Dr. N. Quiñones Jiménez	200
Dr. V. Font Suárez	100
Dr. R. Timothée	25
Dr. E. Segarra	100
Dr. Ernesto Quintero	50
Dr. Julio A .Santos	25
Dr. J. Forastieri	100
Dr. R. Torruellas	75
Dr. J. Rivas	100
Dr. Pablo Bonelli	100
Dr. Tomás Domínguez	100
Dr. José M. Muñoz	100
Dr. H. Caso	100
Dr. Ortíz Guzmán	50
Dr. A. García Soltero	50
Dr. Pedro Malaret	75
Dr. Justo L. Muñoz	100
Dr. Francisco Hernández	100
Dr. Luis L. Biamón	100
Dr. Norberto Quiñones	50
Dr. J. Escabí	25
Dr. José Caso	100
Dr. A. Ortíz Romeu	100
Dr. J. M. Pressly	100
Dr. Ernesto J. Martínez	25
Dr. Antonio R. Reyes	25
TOTAL	$ 8310.00

Cantidades Ingresadas Hasta Octubre 26

(Desde Sept. 7 a Oct. 26)

Dr. A. Olivera	$ 50
Dr. M. Martínez Roselló	25
Dr. Arquelio Ramírez	100

Dr. F. R. de Jesús	25
Dr. José Arrache	50
Dr. Juan del Río	30
Dr. José Aubray	100
Dr. L. Yordán	50
Dr. M. de la Pila	100
Dr. Doctora Robert	100
Dr. Jenaro Barrera	50
Dr. M. Caballero	50
Doctora Palmira Gatell	50
Dr. Rodríguez Molina	10

Pagarés Negociados en el Banco

Dr. Pedro Rivera	$ 25
Dr. J. Nadal Grau	25
Dr. P. H. Castaing	25
Dr. P. H. Castaing	25
Dr. P. Rivera Aponte	25
Dr. J. Nadal Grau	25
Dr. P. H. Castaing	25
	225
Descuento	3.81
	221.19

Siguen los pagarés.

Dr. Enrique Lassise	$ 25
Dr. E. Quiñones	25
Dr. N. Sanabria	10
Dr. J. Escabí	25
Dr. E. Cabán	25
Dr. E. Vadi	25
Dr. G. Pagán	25
	$ 160.00
Descuento	1.05
	$ 158.95

Dr. Enrique Lassise	$ 25
Dr. E. Romeu Ortíz	100
Dr. N. Sanabria	10
Dr. E. Quiñones	25
Dr. J. Escabí	25
Dr. G. Rigau	25
Dr. J. Cabán	25
Dr. E. Vadi	25
Dr. L. A. Yordán	50
Dr. J. Nadal Grau	25
Dr. E. Vadi	25
Dr. Laureano Trelles	100
Dr. E. J. Cabán	25
Dr. S. Riera	100
Dr. J. Escabí	25
Dr. E. Quiñones	25
Dr. E. Lassise	25
Dr. N. Sanabria	10
Dr. José Barreras	100
Dr. Rivera Aponte	25
Dr. José Rigau	25
	$ 820.00
Descuento	18.37
	$ 801.63

Total de Ingresos hasta Octubre 26	$10,781.77
Por gestionar sus cobros para ingresar en el Banco Comercial	465.00
TOTAL	$11,246.77

Desembolsos hasta Sept. 7

Check Núm.	1	$ 53 76
	2	109.80
	3	43.50
	4	60.00
	5	428.25
	6	7.10
	7	134.00
	8	134.00
	9	319.63
	10	342.33
	11	nulo
	12	119.60
	13	83.20
	14	278.31
	15	76.25
	16	14.10
	17	12.00
	18	359.04
	19	30.87
	20	324 52
	21	68.90
	22	327.33
	23	20.00
	24	59.80
	25	244.07
	26	260.66
	27	50.00

Total desembolsos hasta Sept 7 ..... $1088.09

Desembolsos desde el 7 de Sept. al 26 de Oct. de 1929.

Check Núm. 20	$ 344.59
29	31.20
30	31.20
31	51.21
32	201.13
33	87.00
34	291.42
35	200.00
36	200.00
37	322.86
38	25 00
39	25.00
40	100.00
41	347.32
42	50.00
43	200.00
44	12.19
45	51.30
46	25.00
47	25.00
48	407.66
49	100.00
50	290 03
51	145.43
52	52.00
	3616.54
TOTAL	$7704.63

Resumen del Costo Total de la Obra Hasta Octubre 26 de 1929.

Pagado según listas semanales	$5,159.91
Pagado cuentas por materiales	2,544.72
TOTAL	$7,704.63

Cuentas pendientes de pago

Aboy Vidal & Cia	$ 358.11
Sucs. de A. Mayol & Cia	211.54
Sucs. de L. Villamil	813.60
Sobrinos de Ezquiaga	530.41
Santurce Lumber Yard	11.22
Rolán & Tejedor	10.01
West Indian Oil Co	27.65
Power Electric Co.	53.25
Compañía Industrial de Santurce	242.88
J. Ochoa y Hermanos	96.54
Sobrinos de Portilla	35.85
Francisco Pons	182.00
Bartolomé Fiol	117.40
Andrés Rodríguez	65.68
A Pérez Hnos. (Ferretería Europa)	22.27
TOTAL PENDIENTE	$2,778.41
Hasta Oct. 26 Costo Total	7,704.63
Costo Total hasta el 26 de Octubre	$10,483.04

Presupuesto Estimado para la Terminación del Edificio de la Asociación Médica de P. R. en Octubre 28, 1929.

61 m/c pisos de cemento a 90 cts.	$ 54.90
81 m/c pisos losas cemento país a $2.25	182.25
140 m/c Inc. zócalos de cemento a 60c.	84.00
Terminación escalera en cemento para subir a la planta alta	75.00
Ornamentación general del edificio incluyendo escaleras exteriores, portadas, paneles, ménsulas, etc.	300.00
Terminación plafón salón grande en planta alta, incluyendo pintura de stain y barniz para las bigas, etc.	150.00
170 m/c en piso de madera en planta alta, incluyendo zócalos, acepillados y pintura de aceite y stain a $1.30	221.00
650 m/c terminado exterior incluyendo lechada de cemento y cal a 10c.	65.00
280 yds. c. en techo de teja incluyendo cobre para zavaletas y limahoyas, etc., etc., a $3.00	840.00
1000 pies c. portage en general incluyendo herraje, pinturas, etc., a$1.25,	1250.00
950 m/c pintura a la aguada a 15c.	142.00
Divisiones de madera en inodoros incluyendo herrajes, etc.	70.00
Terminación instalación plomería	230.00
Instalación eléctrica aproximadamente según informes del Sr. Salvador Gil, sni incluir lámparas, faroles, etc.	300.00
31 m. liniales en escaleras y terrazas terminación mesas de barandas)	31.00
39 m/c terminación cuartos de baños	
39 m/c terminación cuartos de baños e inodoros a $2.50	97.00
TOTAL	$ 4093.15
Imprevistos	80.00
Suma	$ 4173.15

Cartón para el plafón planta alta a Merino & Co. aproximadamente (no han pasado factura) 80.00

Total aproximado.......... $4253.15

Sin incuir los arrastres sanitarios hasta el alcantarillado o a un sistema de pozos sépticos y filtrante, de acuerdo con lo que se resuelva más adelante.

Costo de la Obra hasta Oct. 26, 1929.. $10,483.40
Estimado para la terminación de la misma según presupuesto 4,253.15

COSTO TOTAL APROXIMADO $14,736.19



Cantidades Ingresadas en el Banco hasta Nov. 30, 1930.

Ingresos anteriores		$10,781.77
Octubre 27:		
José Chaves Estrada	$100.—	
J. Santiago	50.—	
Jesús Armaiz	50.—	
A. Navas Torres	25.—	
A. Vallecillo	25.—	
Noviembre 10:		
E. García Lascot	25.—	
Noviembre 16:		
Carlos Timothee	25.—	
R..fael Timothee	25.—	
J. Escabí	25.—	
Noviembre 28:		
N. Quiñones	50.—	
Noviembre 29:		
M. Pavía Fernández	50.—	
Dra. Palmira Gatell	25.—	
A. Oliveras	50.—	525.—
Total ingresos		$11,306.77

NOTA: Se han ingresado en el Banco un número de pagarés los cuales aún no han sido acreditados por el Banco. Hay además en poder del Presidente varios pagarés que no vencen hasta fines del año 1930.



FRACTURA DE LA PELVIS EN UNA SEÑORA DE 65 AÑOS DE EDAD

El caso que vamos a presentar es interesante por el número de complicaciones que se presentaron.

La señora M. B. A. de 65 años de edad y quien gozaba de perfecto salud, sufrió un accidente de automóvil el día 5 de agosto, y presentó entre otras lesiones, la fractura ascendente del isquio izquierdo y fuertes contusiones de la pierna izquierda. Los primeros siete días fué tratada en su casa.

Al día siguiente del accidente además del shock y las contusiones recibidas se le presentó paresis intestinal en grado alarmante la cual duró tres días.

El día 12 de septiembre ingresó en la Clínica, y la placa radiográfica reveló la fractura de la rama del isquio.

Se le aplicó una espica de yeso. Al día siguiente se presentó nuevamente la paresis intestinal intensa la cual duró 9 días. A los ocho días o sea el 21 de septiembre se notó una elevación de la temperatura a consecuencia de congestión de ambas bases pulmonares, más marcada en el pulmón derecho. Se le hizo un tratamiento de diaterma, pero viendo que al día siguiente el proceso pulmónico continuaba su curso se decidió cortar el yeso para movilizar la paciente. La paresis intestinal desapareció el mismo día que se cortó el yeso. Se continuó, pero aunque el proceso del lado izquierdo cedió prontamente, en el lado derecho se declaró una verdadera pulmonía.

Siete días más tarde se colocó la paciente en una hamaca de lona del ancho de la pelvis y se suspendió, balanceada por pesas de acuerdo con el método recomendado por Scudder para las fracturas de la pelvis. En esta posición estuvo diecinueve días. Habiendo disminuído la cantidad de orina se procedió al examen y reveló presencia de albúmina, hematies, corpúsculos blancos abundantes, cilindros hialinos y granulosos abundantes. A los pocos días de estar la paciente suspendida, se presentaron úlceras por decúbito y empezó a edematizarse la pierna izquierda, a los diecinueve días el edema aumentó considerablemente en 12 horas, el color de la pierna se hizo cianótico y desapareció la pulsación de la arteria dorsal del pie Se formuló un diagnóstico de trombosis con principio de gangrena y se procedió inmediatamente a quitar el aparato ortopédico, y elevar la pierna aplicándole calor. El edema y la cianosis se extendían desde la planta del pie hasta la cadera izquierda.

Lentamente la pierna ha vuelto casi a su estado normal de color y diámetro y el día 8 de octubre, a los *sesentitrés días* del accidente, la placa radiográfica reveló unión en la fractura de la rama del isquio.

Bien conocido es el hecho de que un tanto por cierto muy crecido de las personas de edad avanzada cuando tienen

su resistencia disminuída y asumen la posición de decúbito dorsal por varios días, sufren de congestión hypostática y a veces pulmonía. En el caso presente no sólo hubo pulmonía sino que se presentó congestión renal e intestinal aparte de la deficiencia de circulación de la pierna del lado afectado por traumatismo y compresión de los aparatos ortopédicos.

Las diferentes complicaciones nos pusieron por dos veces en el dilema de tratar de salvar la vida de la paciente e ignorar la fractura de la pelvis, exponiéndonos a tener una paciente viva con una lesión permanente, o seguir el tratamiento rígido de la fractura, exponiéndonos a perder la paciente. Optamos por lo primero, y hemos tenido la satisfacción de tener una paciente viva con una fractura unida.

Dr. M. A. ASTOR.



MEMORIAL
ELEVADO AL HON. TEODORO ROOSEVELT JR. GOBERNADOR DE PUERTO RICO.

Hon. Gobernador de Puerto Rico.

Señor:

Este comité que hoy os visita, os da la bienvenida y desea que iniciéis y completéis el bienestar de nuestra tierra; forma parte de la Asociación Médica de Puerto Rico, incorporada en 1912 a "The American Medical Association". A su nombre y representación tiene el honor de hacer a usted las manifestaciones que siguen:

Nuestra isla, señor, en los momentos en que os hacéis cargo de la dirección de sus negocios públicos viene sufriendo y sufre, por razones varias, remotas y recientes, de profundo malestar que la inhabilita para el cumplimiento de sus deberes como entidad provechosa a los fines generales de la cultura mundial.

Sufre de miseria en el cuerpo físico, en el cuerpo moral, en el cuerpo social. Ese mal se ha entronizado en el hogar del ciudadano, combatiendo las energías del pueblo, haciéndole incapaz para llenar plenamente los requerimientos de la vida comunal.

El fin primordial de nuestro escrito tiende a solicitar recursos efectivos, tanto como fuere posible, para mejorar las condiciones de vida de nuestra sociedad que son a nuestro juicio las que causan primariamente el estado de anonadamiento en que se halla.

El hogar es inadecuado para 1,069,679 habitantes que ocupan la zona rural o sea el 72.6 por ciento de la población total. Aún, lo es, del mismo modo, en gran parte, para 403,076 habitantes que ocupan la zona urbana o sea el 27.4 por ciento.

Las condiciones de higiene en que viven no pueden ser más defectivas. Las de nutrición en que alienta aquella porción que depende del trabajo físico diario, más que defectivas, son miserables. por acto de humanidad hay que consignar en este documento el resultado de nuestras observaciones hechas a la cabecera del enfermo, donde se aprecia la situación íntima de vida de la familia portorriqueña.

Al obrero portorriqueño se le cercena una parte considerable del jornal que necesita para cubrir las más apremiantes exigencias de la vida. La usura y la retención egoísta del lucro le apuran y le anemian.

En la parte que toca intervenir a la Asociación Médica, a fin de ayudar a la solución del problema de la decadencia de la raza, por ignorancia o abandono de los preceptos sabios de la higiene y la ineficacia de la atención pública en los casos de enfermedad, cumplimos el doloroso cometido de dar la voz de alerta, ofreciendo toda acción para salvarla de la miseria.

Tenemos que pedir a usted y le pedimos que preste su valiosa cooperación, así que se compenetre de la verdad de lo que exponemos, para llevar a cabo una reorganización saludable en el ejercicio de la beneficencia pública en Puerto Rico.

Existe señor, por acuerdo legislativo, una comisión mixta de legisladores, alcaldes y miembros de la Asociación, encargada de informar acerca de la mejor pro-

visión reguladora de servicio de la beneficencia, o sea el cuidado de las clases indigentes por la administración municipal. La Comisión no ha terminado su trabajo; pero nos parece bien que sepa usted que la Asociación Médica de Puerto Rico pretende obtener que se realice el pensamiento, del modo que se expone a continuación:

Las estadísticas de mortalidad en Puerto Rico son completas y revelan una situación alarmante y que demanda estudio y remedio si lo hubiere. Ellas han venido manteniéndose altas con tendencias a aumento.

Durante el período de 1920 a 1924 el promedio de defunciones por año fué de 29,052, cifra equivalente a 21.4 por cada 100,000 habitantes. Durante el período de 1924 a 1928 el promedio de defunciones subió a 34,119 equivalente a 23.6 por cada 100,000. La diferencia entre ambos períodos revela un aumento de diez por ciento.

Las cifras por tuberculosis revelan que dicha enfermedad en Puerto Rico asume la importancia de un problema de urgencia. Durante el año 1900 a 1901 fallecieron 1419 personas a consecuencia de la plaga blanca, equivalente a 140.06 por 100,000 habitantes. En el año 1915-16 el guarismo había aumentado a 2,274 o sea una mortalidad de 187.63 por cada 100,000 habitantes. Ahora bien, durante el pasado año de 1928-29 el número de defunciones alcanzó a 4,442 o sea una mortalidad de 301.61 por cada 100,000 habitantes.

No quiere silenciar el comité la posibilidad de que la influencia devastadora del ciclón de San Felipe de septiembre del año pasado gravite sobre el aumento de mortalidad por tuberculosis que queda consignada.

Tomando en consideración las cifras anteriores nos parece que no cumpliríamos con nuestro deber como miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico si no hiciéramos a usted la sugerencia de que por los medios hábiles de que pueden disponer siempre los gobiernos para causa de extraordinaria importancia, se disponga un estudio cuidadoso de esta situación médico-social por hombres de competencia reconocida en la materia.

La mortalidad por diversas causas, como son, la malaria, la diarrea y enteritis, y la mortalidad infantil han tenido también un aumento considerable en el número de defunciones. Por diarrea y enteritis en el año 1910 se registraron 4,266 defunciones o sea 376.30 por cien mil habitantes. En el año 1928 esta cifra registra 8,632 defunciones o sea un aumento de más del 50 por ciento. La infección malárica consignó 2,139 defunciones en el año 1910-11, esto revela 188.67 por cada cien mil habitantes. En el año 1915-16 se registraron solamente 1,334 defunciones, que equivale a una mortalidad de 110.07 por cien mil habitantes. En el año 1928-29 sin embargo, esta cifra alcanzó a 2,375 defunciones, que da un promedio de 161.26 por cien mil habitantes.

El número de defunciones por debilidad congénita en 1910 llegó a 834, y a 1935 en 1928 lo cual revela un aumento evidente de cuarenta por ciento.

La cifra de mortalidad infantil, o sea el número de defunciones de niños menores de un año por cada mil vivos, demuestra tendencia clara a mantenerse alta comparada con la de otros países civilizados. De cada mil niños de los nacidos en el año de 1910 se malograron 168 antes de cumplir un año de vida. Desgraciadamente en el año 1928 esta cifra ha alcanzado a 179.

Para apreciar bien la relación que existe entre estas cifras debemos consignar

que la población de la isla estimada en 1928 es de 1,472,755.

El número de defunciones durante el año último subió a 40,890.

Para que Vuestro Honor pueda formar idea sobre la gravedad de la situación actual, es bien que sepa que en el año 1928-29 murieron, por diarrea 8,632 personas, por tuberculosis 4,442, por malaria 2,375, por nefritis 3,048 y por debilidad congénita, 1,935.

El propósito de la Asociación es que se establezcan los servicios de beneficencia Municipal, *de modo que no tengan conexión alguna con las labores políticas del país* para que afloje o se reduzca a términos tolerables, de modo que ellas no afecten de ningún modo el cumplimiento estricto de los servicios. La tendencia no es, desde luego, que al médico se le cohiba su absoluta libertad para sostener sus opiniones políticas y que actúe con ellas en consonancia.

¿Cómo puede llenarse nuestra solicitud? Asunto es que no nos compete por ahora; si bien cabe estudiar que en cada localidad se rigiera la labor por medio de una junta de hombres buenos, elegida por un procedimiento que fuera garantía de acierto. Esa junta tendría a su cargo los servicios de dispensario, hospitales y asistencia médica domiciliaria.

La asistencia domiciliaria, que es la tradición en Puerto Rico, se hará en la forma más adecuada por el dispensario de la localidad. Los gastos en que incurra la beneficencia municipal deberán deducirse de las contribuciones generales, separando diez centésimas del uno por ciento que se distribuirá por la oficina de beneficencia en la forma que marcan las leyes.

No pretende la Asociación establecer que con la reforma, como queda esbozada se resuelva el problema grave que acucia a la sociedad portorriqueña; pero sí es cierto que se contribuirá en grande modo a precipitar el resultado que se ambiciona.

Cuando esto se haya hecho, Honorable Gobernador, serán favorables las condiciones para atender a la enfermedad que diezma al país, que es la tuberculosis. Ella demanda imperiosamente el auxilio y actuación de las autoridades, si no que de todo el pueblo, para contrarrestar los efectos terribles de una enfermedad voraz que tiene alejada de los centros del trabajo y producción a buena parte de los habitantes del país.

La tuberculosis, Honorable Gobernador, exige una acción especial inmediata, vigorosa, un esfuerzo extraordinario para que no se perpetúe la excepción lamentable de que sea hoy Puerto Rico el pueblo que acusa una mortalidad por tuberculosis tan alta que doble la del país que figura a la cabeza de dicha contribución de vida.

Motivo muy importante para el bien público y el decoro de la clase médica que representamos, es el ejercicio de nuestra profesión en sus diversas modalidades. La irregularidad en la materia es tan notoria que es de solicitar una acción legislativa para enmendar la ley que organiza la "Junta Examinadora de Médicos", para darle acción fiscal, en los casos de intromisiones profesionales, y autoridad para obtener el amparo judicial a fin de suspender por orden de tribunal competente la contumacia de los irregulares y los charlatanes.

Respetuosamente,

Dr. Ramón M. Suárez,

Presidente.

Dra. Marta Robert de Romeu,

Dr. José Gómez Brioso.

San Juan, P. R., Oct. 17, 1929.

PROFILAXIS DEL NERVIOSISMO INFANTIL

Dr. med. Hildegard Junkers-Kutnewski, Hamburgo.

Todas las madres debieran estar persuadidas de que no han de educar al niño en sentido de intervenir en su desarrollo, sino de que educar no es más que comprender con cariño al niño, verlo y dejarlo crecer con respecto en cuanto va desenvolviéndose, limitándose la madre cuando más a ayudar con mano ligera donde es necesario.

Así debe suceder desde el principio. Pero si la madre interviene de manera perturbadora en el prudente devenir de la naturaleza, su hijo o su hija reaccionará en todas las formas del nerviosismo infantil que todos conocemos. El niño de tierna edad a quien se le da biberón en lugar del pecho de su madre, el que ha de permanecer quieto sentado o echado en su cochecito mientras lo llevan a paseo, en vez de dejarlo correr, saltar y expansionarse a placer, jugando con otros niños, se defiende en virtud de su sano instinto contra estas trabas a su naturaleza mostrando accesos de colera, travesuras, displicencia, pertinencia, lloros en la noche, falta de apetito, en una palabra, se pone nervioso.

La infancia necesita limpieza, los niños requieren que se les acostumbre a la limpieza con estricta y tranquila consecuencia, ante el indispensable ejemplo de la madre.

La segunda condición es un régimen alimenticio adecuado. Hay que cuidar que los niños tengan sano apetito y éste se produce naturalmente por medio de mucho movimiento al aire libre, de juegos según el carácter de cada niño y, siempre que sea posible, con otros niños de la misma edad. Entonces no se necesita obligarlos a comer, antes bien llegan a casa de sus juegos con apeito saludable. De este modo no tienen los niños neurosis alimenticia, en la cual nada les gusta y todo lo vomitan. También es pernicioso el exceso de comida y la violencia ejercida para que coman y que a veces cometen madres demasiado solícitas.

Si los niños necesitan muchas horas de sueño y principalmente sueño nocturno sin interrupciones, en la primera infancia requieren ante todo reposo en grado máximo. Contra este precepto se suele faltar las más veces. No es bueno pasear mucho a los niños, tomarles en brazos, hacerlos sentar antes de tiempo, jugar mucho con ellos, especialmente enseñarles ejercicios acrobáticos y tonterías de esta índole, en las que, cosa rara, muchas madres encuentran viva satisfacción. El niño no es un juguete para los adultos y tampoco necesita el niño de teta juguete ninguno. No hay que temer que se aburra; él juega consigo mismo y tiene con ello muchísimo que hacer. Todo lo demás es para él intranquilidad, peligro de nerviosismo.

Y no sólo eso: en la acción de sentarlos antes de tiempo y de violentarlos para que estén de pie y que anden radica desde luego un peligro físico. Los músculos de distensión de la primera infancia no son todavía capaces del trabajo que de ellos se pide. Por el contrario, ha de dejarse que el niño se arrastre todo lo que quiera. Pero en cuanto él mismo quiere levantarse y andar, que lo haga cuanto guste; siempre ha de tener la posibilidad, empero, de volver a la posibilidad, empero, de volver a la posición de reposo, esto es, de estar tendido so-

bre el vientre para jugar o arrastrarse.

Ha de advertirse también que el niño no necesita ni de lecciones de hablar ni delecciones de andar. Si la madre mortifica a su hijo excesivamente con ejercicios de articulación, reaccionará con toda seguridad contra ello con exceso de sensibilidad y con gritos de cólera en toda ocasión, con pesadillas y lloros nocturnos y con falta de apetito. El niño aprende a hablar sin ayuda especial de los adultos; el oír los sonidos del idioma y su tendencia a la imitación lo llevan más o menos pronto al uso del idioma. Aunque parezca ello raro, es lo cierto que si las madres se sometieran a mayor reserva en la educación de sus hijos, si renunciaran a querer enseñar, a sus excesivos temores y cuidados y si quisieran renunciar también a una especie de vanidad propia en este sentido, el nervosismo de la infancia no estaría tan difundido como lo está actualmente; apenas existía. La mejor educación es recibir al niño con gratitud como regalo del cielo, alegrarse de lo que hace no exigir de él nada antes de su sazón oportuna; así se realiza la mejor protección posible contra el nervosismo.

———



ASUEROTHERAPY

Reproducido del "Journal de la Asociación Médica Americana de Nov. 9, 1929.

Newspaper accounts and a number of questions coming to the headquarters of the American Medical Association indicate much interest recently in Spain and in the Latin American countries in a method of treatment of which the chief exponent is Fernando Asuero. Of late the Latin American countries have had at least their quota of peculiar healers: both allegedly scientific and religious healers who seem to rely primarily on the power of suggestion for their results. As the story is told by Clare Ousley in the New Work. *World*, the newest miracle man of Spain is undergoing much the same type of explotation that has been associated with previous healers from Mesmer to Coué. The evolution of the faith healer is in itself one of the strangest records known to man and one that has perhaps never been adequately recorded.

Dr. Asuero maintains a temporary residence in Madrid. Outside the gates and in the streets, babies born with crippled arms and legs, old people accustomed to life in wheel-chairs, patients with all sorts of chronic diseases assemble and await the attention of the master. The system of treatment seems to include nothing more than cauterization of the sphenopalatine ganglion or of the endings of the trigeminal nerve in the nose. In other words, this is essentially an attempt to extend as a universal system of healing the method introduced by Sluder (1) in 1908 as a form of treatment for headaches and for certain neuroses. Ousley's report credits the French laryngologist Bonnier (2) as being the first to show that the branches of the trigeminal nerve and of the sympathetic could be cauterized in the nose, as indeed he did in an article, published n 1907, describing the control of diarrhea and other symptoms by this method. Apparently Asuero in applying his cauterization gazes fixedly into the eyes of the patient, and uses all the force of his personality. Associated with the direct application of the treatment, therefore, is suggestion. .Thus certain forms of hysterical paralysis are relieved, as such cases have always been relieved, regardless of the form of treatment, when the suggestion is sufficiently powerful. Thus patients with chronic arthritis, weak hearts and similar disturbances are led to make extra efforts which momentarily seem like cure but which may promptly be fatal. Thus sufferes from headaches, from cancer, or from other painful conditions shout that their pains are relieved.

The medical periodical literature concerning the Sluder technic and its various modifications is by now quite extensive. It indicates some usefulness and quite definite limitations for this method of treatment. No doubt, the explotation of the method by the Spanish physician who would use it for almost every ailment to which humanity has been heir will do much to hasten the establishment of the limitations. This method will, like all

1. Sluder, Greenfield: Concerning Some Headaches and Eye Disorders of Nasal Origin, St. Louis, C. V. Mosby Company, 1918.

2. Bonnier, Pierre: Entérite reflexe d'origine nasale, Rev. neurol. **15**: 755, 1907.

the other technics—the counting of knots, the mesmeric passes, the murmuring of incantations, the use of relics, the laying on of hands, the reading of a text prepared by an hysterical woman from the maunderings of America's first prophet of mind healing, Phineas Parkhurst Quimby—this method too will have its day in the sun and depart at last to the records of forgotten all-or-nothing systems for the healing of disease.

DR. J. H. FONT

Recientemente regresó de su viaje a Europa donde visitó las distintas clínicas de España, París y Viena, habiendo tomado cursos de ampliación en esta última ciudad. El Dr. Font es actualmente presidente de la Asociación Médica del distrito de Guayama y nos ha prometido invitarnos en fecha próxima para la Asamblea Anual del distrito que se celebrará en Cayey, ciudad donde él reside y tiene establecida su clínica.





Pueden solicitarse muestras al representante:

A. MARXUACH, San Juan

REGLAMENTO DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

ARTICULO I.

DE LOS MIEMBROS.

Seción 1.—Todo médico autorizado legalmente para ejercer su profesión en Puerto Rico, que sea de buena conducta moral y profesional y que no defienda o practique o asegure que practica un sistema exclusivo de medicina, puede ser elegido socio.

Sección 2.—Todo candidato debe hacer su solicitud por escrito, especificando su edad, sitio y fecha de su graduación, en donde ha ejercido la profesión y la fecha de la licencia para ejercer en la isla. La solicitud debe venir acompañada de la cuota correspondiente y firmada por dos miembros de la Asociación.

La solicitud será referida a la Directiva General, la cual por sí misma o por mediación de la Junta Directiva del Distrito en el cual ejerza el solicitante, indagará sus cualidades y se asegurará de que esté debidamente autorizado para ejercer la medicina y cirugía en la isla. La Directiva informará la solicitud en la sesión siguiente. La votación se hará por papeletas cerradas siendo necesario las dos terceras partes de los votos presentes para dar admisión al solicitante.

La solicitud será entregada al Secretario quien la guardará y quedará encargado de la tramitación final de la misma.

Ningún candidato que haya sido rechazado podrá presentar nueva solicitud hasta después de pasados seis meses de la primera.

Sección 3.—Todo socio que esté bajo pena de suspensión o separación o cuyo nombre se haya retirado del registro de socios por causas justificadas, estará incapacitado para gozar de ninguno de los derechos, ni privilegios de esta Asociación. No le será permitido tomar parte en ninguno de sus actos sociales hasta que no haya sido rehabilitado.

Sección 4.—Todo miembro que asista a la Asamblea Anual de la Asociación consignará su nombre en el libro de registro, indicando el distrito a que pertenece.

Cuando se hayan verificado sus derechos como tal miembro de la Asociación, recibirá un distintivo que le servirá para que se le reconozcan sus derechos a todos los privilegios sociales. No se permitirá a ningún socio que tome parte en la sesión anual hasta que no haya cumplido con las prescripciones de este artículo.

ARTICULO II.

ASAMBLEA ANUAL Y SESIONES ESPECIALES.

Sección 1.—La Asociación celebrará una asamblea anual en la fecha y lugar que haya fijado la Cámara en la Asamblea anual precedente.

Sección 2.—Las sesiones especiales o extraordinarias de la Asociación o de la Cámara de Delegados serán convocadas por el Presidente cuando así lo creyere conveniente o cuando lo solicitare una mayoría de delegados, o el 10 por ciento de los miembros de la Asociación.

ARTICULO III.

ASAMBLEAS GENERALES.

Sección 1.—Todos los miembros que figuren en el registro de la Asociación pueden asistir a tomar parte en las discusio-

nes y procedimientos de las Asambleas generales y comités de la misma.

Las sesiones serán presididas por el Presidente o Vice-Presidente o el Consejero de turno, y, constituída la mesa y abierta la sesión, se procederá a la lectura de los trabajos científicos y a la discusión de los mismos con sujeción al orden establecido en el programa de la sesión.

Sección 2.—La Asamblea general puede recomendar a la Cámara de Delegados el nombramiento de comités o comisiones en asuntos de interés especial y de importancia para la profesión y el público.

ARTICULO IV.

CAMARA DE DELEGADOS.

Sección 1.—La Cámara de Delegados se reunirá a las dos de la tarde del día anterior al fijado para la apertura de la Asamblea General.

Sus sesiones formarán una parte especial del programa, procurándose que no perturben la labor de la Asamblea, ni a su vez sea ésta perturbada.

Sección 2.—Cada Sociedad de distrito tendrá derecho a enviar a la Cámara de Delegados como representantes, un delegado por cada veinte miembros o fracción mayor de diez, además de su Secretario y Presidente.

Sección 3.*La mitad más uno del total de los delegados a la Cámara formarán "quorum". *Disponiéndose,* que después de la primera citación bastarán una tercera parte de los delegados para formarlo.

Sección 4.— La Cámara de Delegados por medio de sus miembros, del Consejo y de cualquier otro modo, prestará atención diligente para estimular los trabajos científicos y el espíritu de la Asociación; y constantemente estudiará y se esforzará para que cada Asamblea anual resulte un escalón más hacia mayores progresos.

Sección 5.—La Cámara de Delegados estudiará y dará consejo en todo lo referente a los intereses materiales de la profesión y del público, en aquellos asuntos importantes que dependen de la profesión. Hará uso de sus facultades en caso necesario, esforzándose en conseguir y poner en vigor leyes idóneas, así médicas como de sanidad pública.

Sección 6.—Elegirá el representante a la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana de acuerdo con la constitución y reglamento de aquel cuerpo.

Sección 7.—Tendrá autoridad para elegir comités en asuntos especiales de entre los miembros de la Asociación que no pertenezcan a la Cámara de Delegados. Estos comités informarán a la Cámara de Delegados y pueden estar presentes y tomar parte en la discusión de sus informes.

Sección 8.—Aprobará todos los memoriales y resoluciones adoptados en nombre de la Asociación antes de que sean puestos en vigor.

Sección 9.—Dividirá la Isla en siete distritos senatoriales, determinando los pueblos que correspondan a cada uno de éstos.

ARTICULO V.

DE LA ELECCION DE LOS FUNCIONARIOS.

Sección 1.—Toda elección se hará por papeletas y resultarán electos los que obtengan mayor número de votos en votación secreta.

Sección 2.—La elección de los funcionarios será el primer asunto de que se trate en la orden del día en la Cámara

de Delegados en la tarde del segundo día de la asamblea anual, después de la lectura del acto de la sesión anterior, siendo competencia exclusiva de los Delegados la elección de la Directiva de la Asociación.

Sección 3.—Los miembros de la Cámara de Delegados no son elegibles para ningún cargo, excepto para los de consejeros.

ARTICULO VI.

DEBERES DE LOS FUNCIONARIOS

Sección 1.—El Presidente presidirá todas las sesiones de la Asociación y de la Cámara de Delegados; nombrará los comités que de otra manera no están previstos por reglamento; hará un informe anual en la ocasión señalada para el caso y llenará los demás requisitos exigidos por el uso y costumbres parlamentarias.

Será leader de la profesión en la Isla durante el término de su cargo; y, en cuanto sea posible, visitará, previo aviso, a las sociedades de distrito y auxiliará al Comité de Propaganda en las funciones que le están encomendadas, y a los consejeros en el fomento de las asociaciones de distrito procurando que el trabajo de éstas sea lo más práctico y útil posible.

Sección 2.—El Vice-Presidente auxiliará al Presidente en el desempeño de sus deberes. En caso de muerte, renuncia, o separación del Presidente, tomará la presidencia, y el Consejo elegirá de su seno uno de sus miembros para sucederle.

Sección 3.—El Secretario atenderá a las asambleas generales y a las sesiones de la Cámara de Delegados y llevará las actas de ambos cuerpos en libros separados. Será, ex-oficio, Secretario del Consejo, tendrá bajo su custodia todos los archivos, libros, publicaciones y documentos que pertenezcan a la Asociación y hayan llegado a su poder, excepto aquellos que pertenezcan legalmente al Tesorero. Llevará cuenta de todos los fondos de la Asociación que pasan por sus manos y que entregará al Tesorero. Llevará un registro de los delegados y miembros de la Asociación. Con el auxilio de los secretarios de las asociaciones de distrito, llevará un registro índice por tarjetas de todos los médicos que practiquen legalmente la profesión en la Isla, anotando en cada caso el nombre completo, fecha de nacimiento, dirección, sitio y fecha de graduación, fecha de la licencia para ejercer en la Isla, y su relación con la Asociación Médica.

A petición de la Asociación Médica Americana remitirá a ésta una copia de estas listas. Llevará la correspondencia oficial, notificará a los miembros la celebración de las reuniones: a los funcionarios, su elección como tales y a los comités sus nombramientos y sus deberes. Nombrará los empleados que fueron autorizados por la Cámara de Delegados, hará un informe anual a la Cámara de Delegados; suministrará a las sociedades de distrito todos los impresos necesarios para que éstas hagan sus informes anuales. De acuerdo con la Comisión de trabajos científicos, preparará el programa de las asambleas.

ARTICULO VII.

DEL CONSEJO.

Sección 1.—El Consejo se reunirá el día anterior de la Asamblea, tantas veces como se estime necesario, previa citación del Presidente o a petición de los Consejeros. Se reunirá el último día de la

Asamblea Anual para organizar y deliberar sobre los trabajos del año siguiente. Elegirá un escribiente, el cual, en ausencia del Secretario de la Asociación, redactará las actas. Hará un informe anual a la Cámara de Delegados.

Sección 2.—Los Consejeros serán organizadores, árbitros y censores en los distritos que a cada uno se señalare. Cada Consejero girará una visita anual a los distritos que le correspondan con objeto de enterarse del estado de estas asociaciones y mejorar y estimular el celo de las asociaciones de distrito, y de sus miembros. Harán un informe anual de sus trabajos y de las condiciones de la profesión de sus distritos en la sesión anual de la Cámara de Delegados. Los Consejeros tienen derecho a indemnización por gastos de viaje a sus distritos, pero no a los gastos en que incurrieren por asistencia a la sesión anual.

Sección 3.—El Consejo será la Junta de Censores de la Asociación y estudiará las cuestiones que se refieren a los derechos y créditos de los miembros, con relación a otros miembros, con las sociedades de distrito o con esta Asociación. Todo caso de ética médica que se presente a la Cámara de Delegados o ante una Asamblea Anual le será referido sin discusión. El Consejo constituirá el Tribunal de Apelación.

Sección 4.—Anualmente investigará las cuentas del Tesorero, Scretario y otros empleeados de la Asociación, informando acerca de las mismas en su informe anual a la Cámara de Delegados y en cuyo informe se especificarán los gastos de la Asociación durante el año. En caso de vacantes en los puestos de Secreetario o Tesorero, hará nombramientos provisionales para el desempeño de estos cargos hasta la próxima Asamblea Anual.

ARTICULO VIII.

COMITES

Sección 1.—Tendrán carácter permanente los comités siguientes: un comité de Asuntos Científicos; un comité de Propaganda; un comité de Beneficencia; un comité de Salud Pública y Educación; un comité de Publicación, y un Comité de Legislación y Política. Estos comités serán nombrados por la Cámara de Delegados, y en su defecto por la Junta Directiva.

Sección 2.—El Comité de Asuntos Científicos se compondrá de cinco miembros, uno de los cuales será el Secretario y de acuerdo con las instrucciones de la Cámara de Delegados, determinará el carácter y plan del trabajo científico de cada asamblea. Con treinta días de anticipación a la Asamblea Anual, preparará el programa científico de la misma, indicando el orden a que ha de sujetarse la presentación de los trabajos y su discusión. Su fin principal será estimular los estudios e investigaciones científicas entre los miembros de la profesión, organizando por lo menos una asamblea anual. Este comité se reunirá cuantas veces lo creyera conveniente o fuere convocado por el Presidente de la Asociación. Tres de estos miembros se entenderá que forman "quorum".

Sección 3.—El Comité de Legislación y Política se compondrá de tres miembros que bajo la dirección de la Cámara de Delegados, tendrá la representación de la Asociación para obtener y poner en vigor leyes que respondan al interés de la salud pública y a la ciencia médica. Se mantendrá en contacto con la opinión pública profesional y procurará dar forma a la misma para obtener los mejores resultados en favor de la comunidad y con-

ducirá la influencia de la profesión de tal modo que promueva el beneficio general en los asuntos locales y territoriales. Vigilará toda legislación que afecte al ejercicio de la medicina y cirugía en Puerto Rico y utilizará todos los medios a su alcance para garantizar el mejor éxito de sus gestiones.

Sección 4.—El Comité de Propaganda tendrá el deber de sostener una campaña intensa y contínua para la adquisición de nuevos socios. Deberá hacer por lo menos un recorrido anual por toda la Isla, entrevistando personalmente a todos los médicos, para obtener su ingreso en la Asociación. Deberá estar pendiente de todos los médicos que revaliden la profesión y tratará de conseguir que se hagan miembros de la misma. Por lo menos dos veces al año, enviará una circular a todos los médicos de la Isla que no pertenezcan a la Asociación, explicándoles los fines y ventajas de ella. Este Comité constará de cinco miembros y se reunirá cuantas vecees lo creyera conveniente o fuere convocado por el Presidente de la Asociación.

Sección 5.—El Comité de Beneficencia será el cuerpo consejero para todo cuanto se relacione con los servicios en los municipios; extendiéndose su acción a los servicios médicos en los Departamentos Insulares, como Sanidad, Comisión de Indemnizaciones a Obreros, Cruz Roja, Sanidad Marítima y aquellos otros servicios en sociedades o corporaciones, etc. Este Comité rendirá un informe anual a la Cámara de Delegados, por conducto del Presidente de todo cuanto se relacione con el servicio de médicos de beneficencia, sugiriéndole todas aquellas medidas que propendan a la protección y mejora de la condición de médicos titulares. Dicho comité se regirá por un Reglamento ad hoc., expresamente redactado para regir y regular su conducta, y deberá estar constituído por cinco miembros y cinco suplentes correspondientes.

Estos miembros deberán haber ejercido la Beneficencia Municipal por un período no menor de cinco años, con residencia en la Isla por igual número de años. Cada suplente respectivo actuará en lugar y por orden del miembro propietario respectivo. Cinco de estos miembros se entenderá que forman "quorum".

Sección 6.—El Comité de Publicación publicará por lo menos cada dos meses una revista médica en la que dé cabida a cualquier trabajo que se reciba de índole científica o de carácter práctico en defensa de la clase y que a su juicio sea de interés para la profesión. Este comité se reunirá cuantas veces lo creyera conveniente o fuere convocado por el Presidente de la Asociación.

Sección 7.—Cada comité rendirá un informe por escrito al Presidente de la Asociación, en el que constará detalladamende todas sus actividades. Estos informes serán publicados en la Revista de la Asociación y sometidos a la Cámara de Delegados para su consideración en su sesión anual ordinaria, quien hará las recomendaciones pertinentes al caso de la Asamblea.

ARTICULO. IX.

SOCIEDADES DE DISTRITO.

Sección 1.—Las asociaciones de distrito estarán compuestas por miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico, residentes en los distritos respectivos, y recibirán mediante solicitud, su carta constitutiva como parte componente de esta Asociación.

Sección 2.—Cada Asociación de distrito elegirá una Junta Directiva com-

puesta de un Presidente, un Vice-Presidente, un Tesorero, y un Secretario; tres de los cuales formarán "quorum".

Sección 3.—Las cartas constitutivas serán otorgadas, solamente con la aprobación del Consejo y serán firmadas por el Presidente y Secretario de esta Asociación. Con la recomendación del Consejo, puede revocar la Cámara de Delegados la carta constitutiva de cualquier sociedad de distrito si su proceder no está de acuerdo con la letra y espíritu de esta constitución y reglamento.

Sección 4.—Cualquier médico que se sienta agraviado por que se le niegue la admisión como miembro de la Sociedad de su distrito o porque se le haya suspendido o expulsado, tendrá derecho a apelación ante el Consejo. La decisión de éste será final.

Sección 5.—Para las decisiones de la apelación ante el Consejo puede éste admitir testimonios orales o por escrito según se considere mejor para el mayor esclarecimiento y legalidad de los hechos pero en esta apelación, tanto en el concepto de miembros de la Junta como en el de consejeros individualmente de su distrito, procurarán que antes de la vista se llegue a un acuerdo conciliatorio.

Sección 6.—La Asociación de Distrito tendrá la dirección general de los asuntos profesionales del mismo y ejercerá constantemente su influencia en beneficio del mejoramiento científico, moral y material de los médicos de distrito. Todos los miembros están en el deber de hacer esfuerzos sistemáticos hasta que la sociedad comprenda a todos los médicos legalmente calificados para el ejercicio de la profesión, residentes en el distrito.

Sección 7.—Cada sociedad de distrito elegirá con antelación a la asamblea anual de la Asociación un Delegado por cada veinte miembros o fracción mayor de diez, además de su Presidente y Secretario, para que la representen en la Cámara de Delegados. Los secretarios de las sociedades de distrito enviarán al Secretario de la Asociación cuando menos diez días antes de la reunión de la Asamblea Anual, una lista de delegados de su distrito. (Véase Artículo IV, Sección 2.)

Sección 8.—Los secretarios de las sociedades de distrito llevarán un registro de todos sus miembros y, otro de los médicos no afiliados existentes en dicho distrito, en el cual se anotarán nombre y apellido, dirección y fecha de graduación, fecha de la licencia para practicar en la Isla y cualquier otro informe que pudiere ser necesario El Secretario debe anotar en la lista de médicos todos los cambios que se efectúen, por fallecimiento, variaciones de residencia, etc., y al hacer su informe anual cuidará de incribir a todos los médicos que hayan vivido en el distrito durante el año.

Sección 9.—Los Secretarios de las sociedades de distrito informarán al Secretario de la Asociación un mes antes de la fecha de la Asamblea Anual una lista de todos sus miembros, de sus juntas de gobierno, lista de delegados y lista de los médicos no afiliados al distrito.

Sección 10.—Las Asociaciones de Distrito celebrarán reuniones por lo menos dos veces al año.

ARTICULO X.

REGLAS GENERALES.

Sección 1.—Ningún discurso o documento leído en la sesión excepto por el Presidente consumirá más de 20 minutos; y, ningún miembro consumirá un turno de rectificación por más de cinco minutos, ni más de una vez sobre el mismo

asunto, excepto por el consentimiento de la mayoría de la Asamblea.

Sección 2.—Cualquier documento leído ante la Asamblea o cualquiera de sus sesiones, será propiedad de la Asociación. Después de leído un trabajo será entregado al Secretario.

Sección 3.—Las deliberaciones de esta Asociación se regirán por los usos parlamentarios y de acuerdo con las leyes de orden "Robert", siempre que no estén en conflicto con este Reglamento.

Sección 4.—Los principios de ética médica aceptados por la Asociación Médica Americana regularán la conducta de los miembros en sus mutuas relaciones y con el pueblo.

ARTICULO XI.

ENMIENDAS.

Este Reglamento podrá ser enmendado por las dos terceras partes de los votos de todos los delegados en asamblea magna, siempre que la enmienda haya sido presentada con un día de anticipación.

SUMARIO





SUMARIO





SUMARIO





SUMARIO



SUMARIO



174

SUMARIO





BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO CADA DOS MESES BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA.

Año XXII.	Enero y Febrero de 1930.	Núm. 175

EDITORIAL

LA ASAMBLEA PASADA

Para dar cuenta de la importancia de la última asamblea médica celebrada en diciembre del año próximo pasado en San Juan sería necesario disponer de un espacio que no tenemos seguramente en el periódico de la Asociación.

Hemos de limitarnos, pues, a hacer algunas consideraciones acerca del acto, el cual marca positivamente un progreso decidido en la marcha de la asociación y supone una demostración espléndida de actividad y fuerza lo mismo en el campo austero de la ciencia que en el más movido de la administración.

Como fuera ofrecido por el presidente, Dr. Ramón M. Suárez de modo repetido, en diferentes ocasiones, a los miembros de la Asociación se ha realizado el hecho inesperado de que las sesiones de la sociedad se celebren en este año en hogar propio. En menos de un año se llevó a la práctica la idea de adquirir un solar y de construir en él un edificio capaz de responder a las necesidades y exigencias de la Asociación. Esto se ha hecho y ha sido fe de vida de la clase médica de Puerto Rico, la que, sin mayor preparación para el caso, ha contribuído con una fuerte suma para hacer frente a los gastos de la erección del edificio y provisión del material más preciso para alhajarlo.

Notables por demás, fueron las cuestiones tratadas en la labor científica de la Asociación. El trabajo práctico enunciado en las clínicas de los hospitales municipales a cargo de los doctores Díaz García, García Cabrera y Muñoz, en el Sanatorio Insular de tuberculosos y en las salas confiadas a los doctores M. Pavía Fernández, Estrada, Vélez y Suárez; en el Hospital Presbiteriano a cargo del doctor Galbreath y Torgerson fueron de marcada enseñanza para los distinguidos médicos que acudieron a dicho trabajo.

En la sesión científica llamó considerablemente la atención un magnífico estudio comparativo del valor profilático del suero de adultos inmunes y el de personas convalescientes de sarampión hecho por el doctor Garrido Morales del servicio de sanidad insular. La monografía fué recibida por la Asociación con verdadero beneplácito, admirando en élla el método, la disciplina y la dirección del estudio tendentes a poner de manifiesto los buenos efectos de la "Sero-profilaxia" en el exantema.

El doctor Garrido Morales fué muy felicitado por el mérito excepcional de su trabajo.

También fueron objeto de consideración, estudio y controversia los trabajos presentados por el doctor Pablo Bonelli de Guayama, el doctor E. Martínez Rivera de Río Piedras que entretuvieron la

atención de los médicos durante un buen tiempo.

En la sesión del sábado actuaron el Dr. A. Ortiz Romeu de Santurce, con un trabajo relativo al diagnóstico radio-gráfico del embarazo. El doctor Rafael López Nussa inició la discusión de una observación de gran valor del doctor P. Perea de Mayagüez: "Contribución al estudio de la técnica de la perineorrafia".

El doctor González Martínez de San Juan puso de manifiesto diferentes modalidades de las bases biológicas de la terapéutica racional del cáncer y el Dr. Francisco R. de Goenaga presentó un trabajo relativo a casos prácticos demostrativos de la necesidad de establecer en la isla un centro psico-terapéutico.

El problema del tratamiento preventivo de nuestras enfermedades comunes basado en observaciones de un *survey* físico practicado en los Asilos Insulares recientemente fué tratado con brillantez y copiosa acumulación de datos por el Dr M. Pujadas Díaz.

Los doctores Font de Cayey y Morales de Río Piedras tuvieron ocasión de recibir los plácemes de la Asociación por los trabajos que ofrecieran en el programa, que fueron leídos a satisfacción de todos.

Llamó soberanamente la atención de la docta concurrencia un tema curioso ofrecido por el bien querido Cirujano el Dr. Jorge del Toro.

El estudio del ruído como agente de molestias y elemento de patogénesis de mucha importancia, provocó larga y detenida discusión, concurriendo la asamblea en declarar la oportunidad de la observación y en acordar una solicitud formal para que las autoridades municipales pongan coto al abuso que se hace del ruido en la vía pública, sobre todo en las horas dedicadas al estudio y al descanso.

El doctor Roldán de Río Piedras provocó amplia discusión en el concurso al desarrollar con gran acopio de discresión y sin emitir una opinión personal en la materia, un tema de gran interés que él titula "Un concepto un poco revolucionario y una nota terapéutica de la tuberculosis".

El trabajo se enunciaba en el programa con una pregunta. ¿Es contagiosa la tuberculosis? Y aún cuando todos los presentes estaban convencidos hasta la saciedad de que no era posible contestar negativamente el concepto, hubo oportunidad para entrar bien adentro en el estudio del problema alrededor del concepto de imunidad natural o artificial o adquirida, ya que en la mente de todos latía el convencimiento de que el problema ha adquirido en Puerto Rico extensión tan alta que llega a adquirir el calificativo de enfermedad epidémica, siendo desde luego, una enfermedad social.

Todas estas cuestiones que no podemos detallar por no haber estado presentes en todos los actos de la sesión científica de la sociedad dieron inusitada importancia a la asamblea, manteniendo durante todo el tiempo de su duración una concurrencia médica extraordinaria procedente de todos los distritos de la isla en la cual se veía retratada la complacencia y el sentimiento de comodidad al discurrir sobre temas de intensidad científica en ambiente que contribuía a hacer serenas las condiciones locales del Hogar Médico. Y aunque es cierto que no tienen porque influir en la intensidad y viveza de los actos de la mente los medios materiales que rodeen al sér humano, no es menos cierto que restan cierto valor a la forma en que las manifestaciones de la mente se exteriorizan, toman vida y llegan lozanas a conocimiento de los demás. En este sentido hay que dar una vez más las gracias al espíritu fuerte del Presi-

dente de la Asociación, doctor Suarez, porque a su energía y persistencia debe hoy la Asociación Médica de Puerto Rico un hogar bien acondicionado que viste bien el pensamiento robusto que la anima.

El trabajo científico realizado, pues, en la Asociación Médica durante el año 1929 quedó trazado, de modo indeleble, en la memoria del cuerpo social con trazos vigorosos que demuestran, no solamente lo que la clase médica de Puerto Rico puede hacer en beneficio de su progreso propio del país, sino que también en favor del futuro de nuestra tierra, como elemento que ha de contribuir grandemente a que el nombre de la islilla diminuta se vea con caracteres bien definidos y claros en el índice de los pueblos que pagan tributo honorable a la ciencia.

* * *

La sesión científica fué precedida de la reunión anual de la Cámara de Delegados. En ella se despacharon todas las cuestiones de rutina leyéndose los informes administrativos que denotan el progreso de la asociación y del mismo modo una cuenta detallada del costo de la construcción por cantidades hasta ahora satisfechas y aquellas otras pendientes de pago, y mas que habrán de serlo a término breve, al más ligero esfuerzo que los médicos asociados hagan para solventar deudas provenientes de la construcción del edificio.

* * *

Consignamos con satisfacción que en la noche del veinicinco de diciembre se llevó a cabo la inauguración del edificio con sujeción a un programa que se cumplió en todas sus partes.

El acreditado profesor de música don Manuel Tizol prestó su concurso artístico dirigiendo una orquesta de mandolinas y guitarras, haciendo oir delicadas composiciones que merecieron el aplauso sentido de la inmensa concurrencia de nuestra mejor clase social que asistiera al acto.

No hay que decir que el Presidente de la Asociación doctor Ramón M. Suárez dió lectura a un discurso que causó excelente impresión en el auditorio explicando en él las vicisitudes ocurridas con motivo de la construcción del edificio y el modo de vencerlas, hasta el momento actual, realizando su pensamiento que no le abondonó ni un sólo momento durante todo el año, de que la sesión anual reglamentaria de la Asociación Médica de Puerto Rico se llevara a efecto en este año en casa propia.

La señorita Maggie Van Rhyn deleitó a la concurrencia con una delicada composición musical que interpretó al piano con las maravillas de sus dedos marfilinos.

Uno de nuestros asociados, joven de gran valía, el doctor D. Luis M. Morales, demostró a la concurrencia que no solamente está preparado para habérselas, de potencia a potencia, con un desequilibrado mental, sino que con la misma facilidad arranca a las cuerdas de su violín rebeldes siempre a los torpes que no saben herirlas, la queja, el lamento, o la alegría que ellas ofrecen siempre a los sacerdotes que comulgan en el altar de sus misterios.

El señor Morales fué acompañado al piano por otro médico del servicio de Enmedades Tropicales, Dr. Hans Smetana.

La señorita Alice Van Ryan, acompañada al piano por su hermana, cantó el "Ritorna Vincitore" de Aida con entonación sobra y propiedad.

El Alcalde de la ciudad, señor D. Roberto H. Todd hizo un breve discurso relativo al acto, que fué muy bien recibido por la concurrencia, y el Gobernador de Puerto Rico, Hon. Teodoro Roosevelt leyó un trabajo breve en español, alusivo al trabajo médico, en el cual insertó curiosas impresiones de sus observaciones en Asia, en su último viaje de exploración, las cuales entretuvieron agradablemente la atención de la concurrencia durante el corto tiempo de su disertación. No hay que decir que el señor Teodoro, Gobernador de Puerto Rico, mereció justos aplausos de la concurrencia.

Uno de los veteranos de gran valía de la ciencia médica en Puerto Rico, el doctor Quevedo Báez, que fué el primer presidente de la Asociación Médica, leyó un trabajo de importancia relativo al "Hogar de la Asociación Médica al cumplir 26 años de vida". La amplitud del trabajo y la premura del tiempo obligaron al doctor a cercenar una buena parte de él, lo cual no fué óbice para que quedara demostrado el mérito de la composición y la oportunidad del mismo.

El doctor D. Pedro Gutiérrez Igaravidez, que también ha sido presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, leyó un trabajo breve con el título de "La Realización de un Ideal". El estudio está sembrado de indicaciones provechosas todas para que la Asociación continúe su marcha de progreso hacia finalidades cada vez más amplias.

Resumiendo lo expuesto debemos significar y significamos que el trabajo hecho por la Asociación Médica de Puerto Rico con una concurrencia nutrida, hermosa, procedente de todas partes de la isla, y no sólo copiosa sino que bien calificada, hará época en los fastos dela historia social de los médicos del país. Lo mismo en los trabajos de la Cámara de Delegados, en donde se iniciaron actos de importancia para este año, que en el trabajo de las clínicas, trabajo práctico en la labor científica, como en los empeños meramente recreativos o sociales, podemos decir que el pabellón de la clase quedó clavado a grande altura, a donde habrá de irse a buscar para elevarlo más en las futuras reuniones de la Asociación Médica de Puerto Rico.

———



DISCURSO DEL PRESIDENTE DR. RAMON M. SUAREZ LA NOCHE DE LA INAUGURACION DEL EDIFICIO (1)

"Hon Gobernador, Representantes.

Señoras y Señores:

"Por veleidades del destino, el más humilde quizás de los médicos de Puerto Rico, ha tenido la gloria de ocupar este puesto de honor en dos ocasiones grandiosas para la clase médica del país: el año pasado, cuando nuestra Asociación Médica en pleno desarrollo ya de la edad madura celebraba sus bodas de plata: "Veinticinco años de lucha y sinsabores en constante peregrinación por la redención de esta clase preterida de obreros de la ciencia, y por la defensa del derecho inalienable que tiene el pueblo a la salud", y ésta de ahora, la de esta noche en que inauguramos nuestro edificio, consagrando para siempre la vida activa y fecunda de la Asociación Médica de Puerto Rico.

"En todas las ocasiones tengo como excusa para la pobreza literaria de mis discursos, una razón, la más poderosa de todas las razones, la contestación más irrefutable que puede dar un testigo, sobre todo si es perito médico-legal: "NO SE". Esto es: "no sé hacerlo mejor". Pero esta vez, lo saben muy bien mis compañeros de los distintos comités y de la directiva, tengo además otra excusa; he estado hasta último momento obligado a darle todo mi tiempo, toda mi atención a la tentativa de buscar soluciones a otros problemas. Por suerte habrá música y canto, palabras dulces, conceptos bellos, ideas bien hilvanadas, que servirán para borrar en ustedes la impresión desagradable de la crudeza de mi estilo y la rudeza de mis palabras.

"Este edificio, aunque modesto representa un gran esfuerzo, si se tiene en cuenta la pobreza relativa en que se desenvuelve nuestra clase afectada por la dificilísima situación económica por la cual atravesamos. La situación hacía casi imposible obras de esta naturaleza, y su misma dificultad acrecienta el valor del esfuerzo; ello puede servir de ejemplo a nuestros conciudadanos de lo que somos capaces los portorriqueños cuando unidos por vínculos indestructibles de confraternidad, ponemos nuestra voluntad y nuestro entusiasmo al servicio de una causa noble y desintersada. (aplausos)

"Todos los médicos de Puerto Rico nos sentimos esta noche legítimamente orgullosos al ofrecer este humilde legado como una ofrenda a las generaciones médicas del porvenir. Dije todos los médicos, porque todos hemos contribuído con nuestra ayuda material o moral, y aunque así no fuera, se impondría nuestro espíritu de abnegación, de compañerismo y solidaridad, y habrá de ser siempre este edificio "El hogar de TODOS" los médicos de Puerto Rico".

"No voy a nombrar en este momento ni uno sólo de los médicos que ayudoron en la campaña para conseguir el solar, ni a los que desplegaron mayor actividad y entusiasmo durante la construcción del edificio. Después de todo, nuestra era la obligación y como médicos no hicimos más que cumplir un deber moral con la Asociación que había defendidos nuestros intereses materiales cuando estuvieron en mayor peligro, y había levantado el prestigio individual y colectivo ante la opinión pública. ¡ Pero no podemos dejar

(1) Este discurso y todo el programa de la noc he fué trasmitido por radio.

pasar esta primera oportunidad para hacer público nuestro reconocimiento a los siguientes señores: Castellón, Fiz, Landrón, Dones y Fernandez García, representantes, y a los Sres. Celestino Iriarte y doctores Goyco y Matta, senadores, y al señor Rafael Carmoega, arquitecto; señor Frasqueri, contratista, y al Sr. Jesús Benítez quien llevó la dirección técnica de la obra, y al Hon. Gobernador Towner, quien puso su firma a la ley, aprobada, con sólo un voto en contra, por ambos cuerpos colegisladores, dándose él perfecta cuenta de los beneficios que de ella había de derivar no solamente la clase médica, sino todo el pueblo de Puerto Rico.

"Distinguidos miembros de esta Asociación y distintos comités, han estudiado durante muchos años cuidadosamente los probblemas de salud pública de nuestro pueblo, y es justo que ese mismo pueblo sepa cuáles han sido nuestras experiencias, a qué conclusiones hemos llegado, y qué soluciones y remedios ofrecemos. Nos proponemos trasmitir por radio mensual o bimensualmente una conferencia corta, sin estadísticas que cansan y muy frecuentemente nos engañan, con consejos prácticos en cuanto a la enfermedad y medios de evitarse el contagio y de curarse. Puedo adelantarles que las iniciará el próximo mes el Dr. Pavía Fernández tratando uno de los varios aspectos de la "Mortalidad Infantil".

"Señoras y Señores: Hemos titubeado antes de abordar este asunto que hace tiempo nos intriga: La caridad mal entendida. Nos decidimos al fin en la seguridad de que no puede ser sospechoso el médico que se levanta y se acuesta praticando la caridad y ejerce su profesión en un pueblo eminente pobre. Aseguramos que un 70 por ciento del trabajo que hace el médico no lo cobra. Aseguramos que la mayoría del público encuentra excesivos muchas veces los honorarios que cobra el médico por visitas cuando sabemos que en algunas ocasiones cuesta más el flete del automóvil que se usa para ir al mismo sitio. No es sin embargo posible ignorar la situación general de nuestro pueblo, que tiene quizá mayor pobreza moral que material. Es quizás al médico entre todos los conciudadanos a quien le toca ejercer la caridad mayor a costa de su tranquilidad y de su bienestar; que sea en buena hora, pero encaminemos la caridad por sendas de nobleza y de razón, tratando de obtener el mayor bien y el mejor y más feliz resultado. Aunque no creemos que la caridad, que es un atributo exclusivo del alma individual, pueda brotar en organismos sociales, consideramos la reglamentación de la caridad más útil en épocas de crisis o de emergencia y desgraciadamente nuestro país pasa actualmente por uno de esos períodos. Muy bien está que sigan las dádivas y las limosnas que son necesarias para el sustento diario de nuestro pueblo, pero pensemos siempre que lo esencial es levantar su cuerpo junto con su espíritu, hacerlo un ciudadano útil, tender a que produzca al mismo tiempo que consume, enseñarle a que no debe esperarlo todo del gobierno o de la ajena ayuda, facilitarle los medios para que se sostenga a sí mismo y a sus familiares, llevarlo al pleno goce de una verdadera ciudadanía. Eso en cuanto a los pobres.

"Si pensamos en la clase media viene a nuestra imaginación el "slogan" político usado por el candidato presidencial de los Estados Unidos, James G. Blain en una campaña electoral: "Parece que estamos obsesionados por la falaz idea de que los lujos de una generación son una necesidad para la generación que le sigue." Nos creemos con el derecho de tener no sólo todos los lujos que impone la mo-

da con sus vanidades, sino también a gozar, a grandes sorbos, todos los placeres de la vida, y como es natural, aumentan de día en día las deudas, y nos encontramos sin protección en los momentos difíciles porque atraviesa todo individuo cuando se haya enfermo. Cuando con el solo vivir modesto se hubiera evitado!

Y sin querer también hemos llegado a otra de las causas del malestar reinante en la clase media; nos referimos a la compra-venta a plazos. Nos sugestiona la facilidad de adquirir algo inmediatamente y no tenerlo que pagar hasta mucho tiempo después, y así adquirimos automóviles, muebles, radio, trajes, etc. etc. objetos que a lo mejor no necesitamos, y seguimos en ese estado de desvarío o delirio. El mundo del comercio y de las finanzas considera el método de compra y venta a plazos como un gran éxito, y lo es... pero desde su punto de vista.

"Perdonad este paréntesis del problema social y volvamos a pensar estrictamente como médicos.

"Al acercarnos al lecho del dolor y de la enfermedad no nos importan credo, política, ni raza. Son nuestros mejores testigos los muchos extranjeros que conviven con nosotros para quienes hemos abierto nuestro corazón abrigando la esperanza de hacernos siempre acreedores a su estimación y confianza en justa reciprocidad.

"El concepto de universalidad que deben tener los términos medicina, médico, salud y enfermedad, es de por sí causa bastante no sólo para una atracción recíproca entre los médicos de todos los países, sino entre el enfermo y el médico de cualquier país. Ni la medicina ni los médicos tienen patria, las fronteras se deshacen, se unifican las idiomas y se humaniza el fuerte sentimiento de nacionalidad al contacto del dolor. La bandera de la patria cede su poder sugestivo ante la blanca enseña de la roja cruz que a todos cobija. El enfermo tiene derecho a gozar las maravillas de la ciencia médica, a sentir la mano consoladora que lleva un rayo de alegría a cada cuerpo que sufre, aun cuando esa mano fuera extraña a su sangre y a su raza.

"Para terminar permitidme que me dirija a mi país:

"Pueblo de Puerto Rico: en esta casa cuyas puertas se abren hoy de par en par para dar albergue al amor, a la humanidad y a la ciencia, noche y día vigilará un centinela alerta por tu salud y por tu felicidad." (Ovación)



DISCURSO DEL DR. FABIO A. MOTA DELEGADO DE LA ASOCIACION MEDICA DE SANTO DOMINGO

"Señores:

"La Asociación Médica Dominicana ha querido significar en alguna forma, su sincero regocijo con motivo de la inauguración del Hogar del Médico; al mismo tiempo aprovecha tan fausto acontecimiento para hacer votos porque se estrechen cada vez más, las vinculaciones intelectuales que la ligan a los distinguidos e ilustres colegas de esta isla, hermana, en el concepto prehistórico, hermana en el concepto linguístico y etnológico, hermana en el vehemente sentimentalismo y en el noble ideal patrio, infundido aquí en la patria de Betances, y allá en Quisqueya, patria de Duarte; por el mismo genio y procero que animó el espíritu de aquel ilustre hijo de este pueblo, el educacionista de nombre continental Eugenio María de Hostos, filósofo racionalista, padre espiritual de toda una generación de ilustres dominicanos que constituyen hoy una casta de hombres privilegiados y ennoblecidos por la ciencia, clase de nobleza única, de la cual pueden blazonar orgullosamente nuestros pueblos: *la aristocracia del saber.* (Aplausos)

"No debéis considerar la evocación de Eugenio María de Hostos como un recurso o artificio de oratoria para conquistar la simpatía de este distinguido auditorio; traigo su egregio nombre a la memoria complacida de vosotros, porque toda obra de acercamiento y todo acontecimiento que lo patentice e intensifique, realiza en lo espiritual el ideal político de solidaridad confederativa antillana que soñara aquel insigne hijo de Puerto Rico.

"La inauguración del Hogar del Médico ha producido un eco simpático en la clase médica de Santo Domingo, Un emisario vuestro, el doctor Díaz García, suerte de embajador intelectual, llevó el mensaje de vuestro cariño, antes lo habían llevado también el Comisionado de Sanidad, D. Pedro N. Ortiz, el doctor Pedro Perea Fajardo, cirujano esclarecido, el tisiatra y radiólogo Pedro Gutiérrez Igaravidez, el bacteriólogo Ashford, distinguido por sus ya clásicos trabajos de patología tropical y otros igualmente distinguidos médicos portorriqueños.

"El cuerpo médico y muy especialmente la Asociación Médica Dominicana no han sido indiferentes a estas reiteradas demostraciones de confraternidad intelectual y por ello no vaciló en hacerse representar oficialmente ante la Asociación Médica de Puerto Rico, no sólo para asociarse al justo regocijo de esta noche, sino para corresponder en cierto modo a vuestra cordial invitación.

"Como ayer el doctor Díaz García, en Santo Domingo: hoy, soy aquí el embajador de la Asociación Médica Dominicana, que traigo el mensaje de simpatía y de confraternidad de vuestros colegas, en nombre de quienes, os hablo en esta noche memorable y en nombre de quienes saludo en vosotros a este noble y querido pueblo de Puerto Rico, dignificado en el concierto de los pueblos por la cultura de sus hijos, por la pléyade radiante de sus poetas, por la autoridad de sus estadistas, por el eco de su oratoria política y forense, por la distinción de sus brillantes periodistas y por la fuerte

personalidad de sus hombres ilustres, pero lo que más nos regocija de Puerto Rico, lo que más dilata de satisfacción nuestros corazones, es el progreso que ha alcanzado en éstos últimos tiempos su cultura médico-científica respaldada y robustecida por instituciones que como el Colegio de Medicina Tropical, son legítimo orgullo no sólo de vosotros sino de vuestros colegas de Santo Domingo que se ufanan siempre de todo cuanto os distingue y encumbra.

"Hablando en Santo Domingo en cierta ocasión acerca de la cultura médica de Puerto Rico, un distinguido colega exclamó: "Si yo tuviese que mandar mi hijo a estudiar patología tropical, no lo mandaría a Londres ni a París, lo mandaría a San Juan de Puerto Rico." ¡Portorriqueños, no hay que envanecerse por ello, no es más que justicia". (Prolongados aplausos.)



LA BIBLIOTECA

Dentro de algunas semanas se instalará en nuestro edificio la biblioteca completa del Dr. I. González Martínez que ha sido generosamente donada a la Asociación.

Se han recibido los siguientes libros: "Precis de Parasitologie" por el Dr. E. Hoffman de la Escuela de Medicina Tropical y "Curso de Fisiología de Laboratorio" por el Dr. Walter B. Cannon, traducido por el Dr. José Joaquín Izquierdo de la Escuela Militar y Facultad de Medicina de Mexico.

UN NUEVO PRODUCTO

NESTLE

Para los Recien Nacidos

"LACTOGENO" es un alimento muy aproximado a la leche materna. "**Lactogeno**" es sencillamente la mejor leche de vaca modificada, homogeneizada y desecada mediante un proceso que no destruye las vitaminas de la leche, que diluída adecuadamente con agua hervida, ofrece un análisis casi idéntico a la leche materna.

	Leche humana	*"LACTOGENO"*
Grasa	3.5	3.12
Hidro-Carbonatos	6.5	6.66
Proteínas	1.5	2.02
Sales Minerales	.2	.44
AGUA	88.3	87.76

Leche humana "**Lactogeno**"

(1 parte de "LACTOGENO" diluída en 7 partes de agua).

NESTLE PRODUCTS

2 Lafayette Street, New York, E.U.A.



Sírvanse enviarme gratis una muestra de 'Lactogeno' y folletos relativos

Dr. ....

Calle ....

Ciudad............... *País*.............

DISCURSO DEL GOBERNADOR THEODORO ROOSEVELT ANTE LA ASAMBLEA ANUAL DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

Caballeros de la Asociación Médica de Puerto Rico:

Es un gran privilegio que se me permita hablaros esta noche. Para mí vosotros, caballeros de vuestra asociación personificáis el notable desarrollo de nuestra civilización. En años recientes han ocurrido cambios con rapidez tan caleidoscópica, que nos sentimos inclinados a aceptar los grandes desenvolvimientos de los tiempos modernos, sin comentarios y sin una amplia comprensión de cuán maravillosos son. Esto es particularmente cierto en el caso de la medicina.

Hace sólo un tiempo relativamente corto que la medicina moderna era prácticamente desconocida. Las curaciones que hoy se consideran habituales, hubieran parecido casi milagrosas a nuestros padres. Cuando os detenéis a pensar, comprendéis que no hace muchos años el tratamiento de un paciente era principalmente determinado por agüeros y signos. Las gentes observaban las estrellas cuando querían curar a un enfermo, o salían en busca de una piel de rana o el ala de un murciélago y la ataban alrededor del cuello del enfermo. Todo era considerado sobrenatural.

Durante las pasadas centurias, las ciudadelas de lo sobrenatural han sido asaltadas por la ciencia y se han desmoronado ante el ataque. Gradualmente hemos llegado a la conclusión de que lo sobrenatural es el término erróneo en la mayoría de los casos. La palabra que deberíamos usar es lo desconocido natural. Por este gran avance en el campo del conocimiento, la ciencia médica merece una buena parte de crédito.

Hace unas cuantas centurias, gentes esmeradamente inteligentes daban como medicinas, remedios que nos parecerían cómicos. La erudición de los doctores era un baturillo de supersticiones de todas clases. Animales, estrellas y yerbas, estaban mezclados en un intrincado embrollo. Hace trescientos años la medicina había cambiado muy poco desde los días de Hipócrates "en que los afligidos con dudas y desmayos" se suponía que se curaban tocando un cadáver. Nadie sabía de la circulación de la sangre. El corazón era considerado como el asiento de las afecciones del valor, etc. Aún hoy hablamos del corazón de un hombre o del corazón de una mujer en el mismo sentido. Nadie siquiera pensaba que la suciedad tuviese alguna relación con la enfermedad. Estaban mucho más interesados en observar los planetas cuando una persona estaba enferma, que en conservarlo en estado de limpieza. Los gérmenes eran desconocidos. Si hubiérais dicho a alguien algo acerca de los gérmenes, habría probablemente dicho que eran demonios y que estábais aliados con ellos. En realidad, muchos de los fundadores de la ciencia médica sufrieron debido a que la comunidad en general creyó que estaban en liga con el diablo y los perseguían por tal motivo.

Ahora, todo esto ha cambiado en nuestra civilización occidental. A medida que los grandes hombres de ciencia vuelven su atención a los problemas naturales,

se van resolviendo uno por uno. Bacon descubrió la génesis del almacenaje en frío que desempeño un papel muy importante en la alimentación y conservación de la salud de nuestro pueblo, e incidentalmente perdió su vida con motivo de su descubrimiento. Harvey descubrió la circulación de la sangre. Así ha venido la narración hasta nuestros días. Cada año trae a la luz nuevos y alarmantes descubrimientos con sus resultantes beneficios para la humanidad.

Yo no creo que nosotros, los hombres de hoy, comprendemos suficientemente cuánto debemos a los cirujanos y médicos de los tiempos modernos, y a los inventos de los últimos cincuenta años. Por lo menos, dos miembros de mi propia familia han salvado sus vidas a virtud de descubrimientos desconocidos en la época de sus abuelos. Difícilmente habrá una persona escuchándome esta noche, que no haya tenido a alquien, en su familia o entre sus cercanas amistades, enfermo y salvado por la medicina moderna.

Con todo este gran desarrollo moderno, es sorprendente cuánta ignorancia existe todavía, no sólo en el mundo entero, si que también en nuestro propio país. Cuando yo era un niño de doce o trece años, sufrí un ataque agudo de pulmonía. Mi padre entonces era Presidente. Yo estaba interno en una escuela y él vino con mi madre a verme. Los periódicos todos dieron cuenta de su viaje y el motivo del mismo. Como resultado, gentes de buen corazón de todo el país le escribieron explicándole lo que debía hacerse. Dos de los remedios indicados se conservan en mi mente. El primero consistía en conseguir un sapo manchado, hervirlo por tres horas y entonces darme a tomar el caldo. El segundo, consistía en atrapar y matar algunas ratas del tipo común, abrirlas y usarlas como cataplasmas sobre mi pecho. Creo que cada uno de nosotros esta noche recordará haber oído algunos remedios que, sino son tan horripilantes como el antes mencionado, son por lo menos tan inefectivos.

En muchos sitios fuera de este país, y particularmente en los remansos remotos del mundo, la medicina moderna es todavía casi desconocida. Hace pocos años Kermit y yo estábamos en Asia Central. Allí nos encontramos con un pueblo antiguo y primitivo. Tenía los tipos de remedios más anticuados. Encantamientos y fetiches de todas clases. Uno de los animales que cazamos en las montañas de Tian Shan, el ciervo asiático, (Wapiti) ha sido en gran proporción exterminado por los cazadores nativos, debido a que la parte tierna de sus cuernos está considerada como medicina espléndida por los chinos. Encontramos que fósiles de tolas clases eran remedios para casi todo. Un día noté que uno de mis cazadores cortaba un lagrimal del ojo de un ciervo muerto. Le pregunté por qué. Me explicó que cualquier mujer que comiera el lagrimal tendría un gran número de hijos. Me detuve en un par de boticas en los Llanos de Yarkand. Los remedios que tenían amontonados en sus tablillas las hacían aparecer como el museo de un niño.

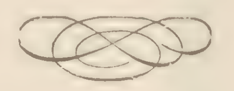
El lado muy patético de todo esto era la forma en que los nativos se arremolinaban a nuestro alrededor, para ser curados. Debido a nuestro moderno equipo de cacería, ellos creían que éramos "hombres de medicina" de la primera clase. Cuando acampábamos en alguna aldea, los nativos nos traían siempre al mutilado, al cojo y al ciego con la creencia de que por medio de alguna magia

negra podríamos curarlos. Desde luego, que nueve veces cada diez nuestras medicinas del sencillo botiquín de exploradores, eran perfectamente inadecuadas para el caso. A menudo los miserables pacientes eran revestidos con encantamientos y fetiches. Las pobres criaturas creían que nosotros podríamos curar sus amigos y parientes, si así deseábamos hacerlo. Padres hubo que nos trajeron sus hijos. Cuando les dijimos que nada podíamos hacer, se marcharon y volvieron trayéndonos toda clase de regalos, con la idea de que nosotros podíamos ayudar si queríamos, y quizás los presentes o sobornos nos hubieran inclinado a ello. Ni Kermit ni yo sabemos mucho sobre medicina, pero a menudo reconocíamos la enfermedad de que padecía un individuo. Algunas veces esta enfermedad podía haber sido curada con facilidad por cualquiera de nuestros buenos doctores; sin embargo, sabíamos que ese nativo nunca sería curado, y moriría, o lo que es peor, llevaría una vida inútil de constante dolor. Una dolencia que no se considera grave en uno de nuestros hospitales, es a menudo una sentencia de muerte para un Turkoman.

Todo esto nos hizo comprender vívidamente el gran papel que desempeña la medicina en nuestras vidas. Todo esto me hace sentir hondamente el valer de esta Asociación Médica para la comunidad.

La profesión médica se realmente filantrópica en esencia. Se refleja tanto en el presente como en el futuro. Se refleja en el presente, por cuanto hace posible que muchos sean debidamente tratados y curados y que lleven vidas felices y útiles, quienes de otro modo podrían estar en la condición de aquellos niños que vimos en Turkestan. En otras palabras, hace ciudadanos para los Estados Unidos. Esto produce en mí una impresión más fuerte que casi cualquier otro aspecto. Creo que hemos hecho mucho de fetiches en los tiempos modernos de simple conservación de vida. Después de todo, no es la vida misma la que importa; es lo que somos capaces de hacer con vida. Creo muy firmemente en una profesión que tiene por su principal objetivo la adaptación de la humanidad, particularmente de los niños, para combatir con éxito los problemas de la vida. Se refleja en el futuro, porque debido a la labor que realiza, se harán indudablemente muchos nuevos y valiosos descubrimientos.

Creo en la profesión médica, porque su labor es constructivamente patriótica. Ayuda y ayudará a nuestro pueblo del presente a ser sanos y robustos ciudadanos. Construye para el futuro, por cuanto no sólo salva las vidas de muchos niños, sino que les brinda la oportunidad, por medio de la salud, para gozar aquellas probabilidades en la vida de las que las enfermedades habrían podido despojarlos.



Estado de Cuentas del Edificio de la Asociación

Omitidos por error de imprenta los siguientes nombres en la lista de los ingresos publicada en el Boletín de la Asociación de Nov. y Dic. de 1929. Estando conforme el total ascendente en aquella fecha a		$11,306.77
Dr. José Ramos	$100.00	
Dr. Francisco Sein	100.00	
Dr. Luis N. Lassisse	100.00	
Dr. P. Malaret (completo de $100)	25.00	
Dr. Timothée (C.)	25.00	
Dra. Dolores Piñero	25.00	
Ingresos posteriores hasta la fecha de la Asamblea Anual:		
Dr. Mariano Caballero		50.00
Dr. Martínez Roselló		50.00
Dr. Arsenio Vallecillo		25.00
Ingresado por el Dr. Suárez en el Banco con fecha de Julio 10, 1929, parte de un ingreso de $262.00		12.00
Suma Total		$11,443.77
Descuento que nos hizo el Banco sobre pagarés		23.23
Total recibido e ingresado en el Banco		$11,467.00
A DEDUCIR:		
Cheques, etc. que nos fueron devueltos por dicho Banco	95.00	
Importe de los descuentos	23.23	118.23
Balance neto ingresado		$11,348.77
Cheques expedidos contra el citado Banco, hasta Diciembre 7 de 1929		11,709.87
Sibre giro		361.10
NOTA: Tomado al Boletín de la Asociación Médica	437.00	

Distribuidos así directamente por el Dr. Suárez:

Para lista semanal de 14 Dic.	$292.00	
Pagado a Antonio Martorell a cuenta de mayor suma	145.00	
Suma	$437.00	

CUENTA BANCO COMERCIAL

Desembolsos hasta Octubre 26 según estado rendido y publicado		$ 7,704.63
Desembolsos desde Octubre 27, 1929 a Diciembre 7 de 1929 (cheques expedidos a cargo del Banco Comercial) a saber:		
Check No.		
53—Aboy Vidal y Co.	100.—	
54—Sucs. L. Villamil y Co.	400.—	
55—Santurce Lumber Yard	11.20	
56—Sobrinos de Arzuaga	200.—	
57—Rolán y Tejedor	10.01	
58—Power Electric Co.	53.25	
59—Comp. Ind. de Santurce	242.88	
60—J. Ochoa y Hno.	96.54	
61—Sobrinos de Portilla	35.85	
62—Francisco Pons	182.—	
63—A. Pérez y Hno.	22.27	
64—A. Sánchez Frasqueri	206.54	
65—Bartolomé Fiol	106.21	
66—R. Benítez	25.—	
67—A. Sánchez Frasqueri	67.80	
68—West India Oil Co.	12.65	
69—A. Pérez y Hno.	22.83	
70—A. Sánchez Frasqueri	204.02	
71—Bartolomé Fiol	50.—	
72—J. Rodríguez Ema	30.—	
73—Rivero Chaves y Co.	150.—	
74—Francisco Quiñones	48.—	
75—A. Sánchez Frasqueri	424.08	
76—Víctor Cott	20.—	
77—P. R. Rail. L. & P. Co.	20.—	
78—A. Sánchez Frasqueri	458.04	
79—Albanese e Hijos Sucs.	71.40	
80—Antonio Martorell	100.—	
81—R. Benítez	25.—	
82—A. Sánchez Frasqueri	309.61	
83—Víctor Cott	150.—	
84—Santurce Lumber Yard	150.06	4,005.24
Total cheques expedidos contra el Banco		$11,709.87

RESUMEN DEL COSTO DEL EDIFICIO

Importan las listas semanales	$ 7,226.62
Importan las cuentas por materiales y demás gastos, incluyendo equipo	9,422.48
COSTO TOTAL	$16,649.10

DEMOSTRACION

Cuentas pendientes según estado		$ 5,277.10	
Descuentos hechos por el Banco		23.23	
Cheques expedidos contra el Banco en pago de cuentas hasta Diciembre 7, 1929	$11,709.87		
Menos, importe del sobre giro ya comprendido en los $5,277.10 de las cuentas pendientes	361.10	11,348.77	$16,649.10

COSTO TOTAL		$16,649.10
A DEDUCIR:		
Cuentas Gastos Generales comprendiendo seguro de Obreros, sueldo Tenedor de Libros, gastos de escrituras, etc.	299.40	
Fianza para la luz	20.—	
Mobiliario	600.—	
Intereses y Descuentos	23.23	942.63
Gastado en la construcción		$15,706.47

CUENTAS PENDIENTES DE PAGO

Folios		
1	Aboy Vidal y Co.	$ 258.11
8	Sucs. de A. Mayol y Co.	569.18
9	Sucs. de L. Villamil	454.57
11	Sob. de Ezquiaga (hoy Arzuaga)	330.41
17	Santurce Lumber Yard	13.16
24	Antonio Higuera	125.00
24	Pizá Martínez Inc.	120.62
25	The Power Electric Co.	292.23
29	Villar y Cia. Inc.	87.00
31	J. Ochoa y Hno.	430.68
32	Sobrinos de Portilla	36.36
33	Bartolomé Fiol	83.88
34	Andrés Rodríguez	69.15
36	A. Pérez Hnos. Sucs.	25.38
37	Antonio Martorell	374.20
37	Vicente Martínez	86.13
38	Jordán y Co.	4.47
38	Salvador Gil	342.86
38	Alfredo S. Frasqueri	123.23
41	Steel Furn. Corp. (R. Chaves)	450.00
43	Merino Rodríguez Hnos.	73.44
43	Joaquín Rodríguez	27.50
25	Boletín Asociación Médica	437.00
26	Clínica Mimiya	5.00
44	Lista jornales próximo sábado (ya cargada)	104.39
44	Banco Comercial (Sobre-Giro)	361.10
	Total pendiente	$ 5,277.10
	Tomado al Boletín de la Asociación	437.00
	PENDIENTE DE PAGO	$ 4,840.10

Santurce, Diciembre 19, 1929.

Ingresos hasta la fecha de la Asamblea $11,443.77

Ingresos hasta Enero 20, 1930:

Dic. 14—Dr. Juan P. de Cardona	100.00
Dic. 17—Dr. S. R. Torruellas	25.00
Dic. 22—Dr. M. Pavía Fernández	50.00
Dic. 22—Dr. A. Beu	100.00
Dic. 22—Dr. R. Vélez López	50.00
Dic. 22—Dra. P. Gatell	25.00
Enero 9/30—Dr. E. Prieto	50.00
Enero 9/30—Dr. J. E. Colón	50.00
Enero 9/30—Dr. Juan Laugier	10.00
Enero 14/30—Dr. Francisco García	25.00
Enero 15/30—Dr. Arsenio Vallecillo	25.00
Enero 18/30—Dr. Bailey K. Ashford	25.00
Enero 19/30—Dr. M. Pavía Fernández	25.00
Enero 20/30—Dr. R. Vélez López	20.00
Total general ingresado	$12,023.77

NOTA—Se suplica a los compañeros examinen las listas publicadas e informen cualquier error u omisión involuntaria.

PRESTAMO PARA LA CONSTRUCCION DEL EDIFICIO

Diciembre 16, 1929.

A la Junta de Síndicos de la
Asociación Hospital Betances,

Señores:

De acuerdo con las gestiones que venimos practicando en los últimos días, presentamos a ustedes, en nombre de la Asociación Médica de Puerto Rico, esta solicitud tendente a que vuestra Asociación haga un préstamo a la Asociación Médica de Puerto Rico por la suma de cuatro mil dólares ($4,000.00) al 10% de interés y a un tipo de plazo no mayor de tres años.

Como la garantía y condiciones de este préstamo proponemos a ustedes lo siguiente:

Ocho pagarés de quinientos dólares, cada uno suscrito por dos firmas responsables a saber:

Dr. M. Pujadas Díaz y A. Ortíz Romeu—Dr. Ramón J. Sifre y Dr. Ramón M. Suárez—Dr. Ramón J. Sifre y Dr. Jesús M. Armaiz—Dr. Agustín Laugier y Dr. Eusebio Corona—Dr. Arturo L. Carrión y Dr. Francisco J. Hernández—Dr. Manuel Díaz García y Dr. Ramón M. Suárez—Dr. Mariano Caballero y Rafael Bernabe—y el último suscrito por los doctores M. Díaz García, Federico Trilla y Pablo Morales Otero.

Los anteriores pagarés están hechos a favor de la Asociación Hospital Betánces por los suscribientes y solidariamente también por la Asociación Médica de Puerto Rico.

Como garantía adicional ofrecemos una primera hipoteca sobre el edificio propiedad del Doctor Ramón M. Suárez, Avenida de Diego No. 27 y ocupado actualmente por el Hospital Mimiya. Dicha hipoteca haciéndose responsable de las prórrogas de los pagarés mientras dure el préstamo. Adjunto remitimos los siguientes documentos: Resolución de la Junta Directiva de la Asociación Médica de Puerto Rico autorizando la contratación del préstamo. Los pagarés arriba mencionados y la escritura de la propiedad del Dr. Ramón M. Suárez.

Esperando su pronta resolución en este asunto, quedamos de ustedes,

Muy atentamente,
Dr. Ramón M. Suárez.

Certifico que la presente es una transcripción fiel y exacta del Acta de la sesión celebrada por la Junta Directiva de la Asociación Médica de Puerto Rico, la noche del 16 de Dic. de 1929:

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

"La Junta Directiva de la Asociación Médica de Puerto Rico reunida en sesión, en el edificio de la Asociación, Avenida Fernández Juncos, y en la noche del 16 de diciembre de 1929, estando presentes los Doctores Suárez, Pujadas, Brioso y Pavía Fernández, tomó el siguiente acuerdo:

Contratar un préstamo de $4,000.00 al Hospital Betances garantizado por ocho pagarés de $500.00 cada uno y suscrito por los siguientes compañeros:

Dr. M. Pujadas Díaz y A. Ortíz Romeu—Dr. Ramón J. Sifre y Dr. Ramón M. Suárez—Dr. Ramón J. Sifre y Dr. Jesús M. Armaiz—Dr. Agustín Laugier y Eusebio Corona—Dr. Arturo L. Carrión y Dr. Francisco J. Hernández—Dr. Manuel Díaz García y Ramón M. Suárez — Dr. Mariano Caballero y Rafael Bernabe — y el último suscrito por los doctores M. Díaz García, Federico Trilla y Pablo Morales Otero.

Y con una garantía adicional consistente en una primera hipoteca sobre el edificio propiedad del Dr. Ramón M. Suárez, situado en la Avenida de Diego No. 25 y ocupado actualmente por el "Hospital Mimiya", haciéndose dicha hipoteca responsable de las prórrogas de los pagarés antes citados, mientras dure el préstamo.

Se autoriza al señor Presidente, Dr. Ramón M. Suárez, para que haga este préstamo.

Y para que así conste firmo y sello la presente en San Juan de Puerto Rico, el 16 de diciembre de 1929.

Dr. Manuel Pavía Fernández,
Secretario.



EDIFICIO DE LA ASOCIACION

GRUPO TOMADO LA NOCHE DE LA INAUGURACION DEL EDIFICIO.



De izquierda a derecha:—Dr. E. García Cabrera, Dr. M. Pavía Fernández, A. Fernós Isern, M. García de Quevedo, Fabio **A. Mota (Representante de la Asociación Médica Dominicana)**, Hon. Teodoro Roosevelt (Gobernador de P. R.), Dr. Ramon M. Suarez (Presidente de la Asociación), Hon. Roberto H. Todd (Alcalde de San Juan), Agustín R. Laugier (Presidente Comité Científico).—Delante: Dr. M. Pujadas Díaz, P. Gutiérrez Igaravidez, Pedro Malaret, Jorge del Toro, M. Quevedo Báez, I. González Martínez, R. Vélez López, E. Fernández García, J. Gómez Brioso, Francisco M. Susoni, B. K. Ashford, Luis L. Biamón, R. López Nussa, Francisco Goenaga.

(Cortesía de "El Gráfico")



Concurrentes a la Sesión Científica.

EL RUIDO

SUS EFECTOS PERNICIOSOS (1)

Por el Dr. JORGE DEL TORO.

Hace ya años que algunos de nosotros mantenemos que el ruido es el causante de un gran número de nuestros males; mas no habíamos hecho declaraciones públicas seguramente por el temor a que se nos tildara de caprichosos y que viciosamente protestábamos de los goces ajenos. Pero hoy nos atrevemos a dar la voz de alarma dado el hecho de que no estamos solos. En todos los pueblos que guían la opinión mundial, se están librando campañas enérgicas para tratar de suprimir el ruido, y se están estudiando de una manera científica sus efectos en el organismo humano, y los innumerables efectos perniciosos que de el se derivan.

En la apreciación de los daños producidos por el ruido sucede lo que en tantas otras cosas, que se sufren sin dárseles importancia por no saber relacionar la causa con los efectos. Muchos hay que se quejan de mala salud, de no poder dormir bien, de levantarse cansados por las mañanas, de no poder hacer bien su trabajo, de que la mujer les pelea mucho, de que los hijos son exaltados y gritan demasiado y de que toda su familia está siempre de mal humor, y sin embargo no se han dado cuenta de que ni su cerebro ni los de sus familiares tienen un escaso momento de descanso debido al exceso de ruido en que viven.

En Puerto Rico, y especialmente en la ciudad de San Juan, la producción de ruido ha adquirido una proporción tal que desdice de nuestra cultura.

De los estudios practicados con el objeto de comprobar los malos efectos del ruido sobre el sistema nervioso del hombre, se desprenden cosas muy interesantes. Debemos hacer constar desde el principio que todo daño producido al sistema nervioso, representa un daño también a todo el organismo y a todas sus funciones.

Experimentalmente se ha comprobado que si recibimos la impresión de un ruido alarmante estando despiertos, nuestra musculatura se contrae súbitamente en respuesta; mas, como estamos en estado conciente, ésta contracción muscular y choque cerebral cesan al darnos cuenta de lo que el ruido significa; pero, si estamos dormidos y recibimos la impresión de un ruido alarmante pero que no sea suficiente para despertarnos por completo, se produce la misma contractura muscular con la diferencia de que no estando conscientes para hacerle cesar, dura de media hora a tres cuartos de hora. A cualquiera le es fácil darse cuenta del efecto perjudicial del fenómeno.

Se han hecho experimentos sobre el rendimiento de trabajo en fábricas y oficinas en las cuales se siente un alto porciento de horas de ruido y comparado el rendimiento con el de sitios exentos de ruido se comprueba una pérdida de 25 a 30 por ciento de rendimiento.

Los experimentos hechos con objeto de demostrar los malos efectos del ruido son innumerables, al cual se le atribuyen los

(1) Leído ante la Asamblea General. — Diciembre 21, 1929.

estados de excitabilidad y emoción exagerada; falta de atención y dificultad de concentrar la mente etc., etc., habiéndose llegado a colocar hasta como causa del divorcio. Siento que en el momento en que escribo no tengo a la mano los datos de estos estudios, así como las gestiones hechas con el objeto de suprimir el ruido en distintos países, especialmente en Francia, Estados Unidos y Alemania. Ello me serviría para demostrar a ustedes que de lo que hablo no son ideas personales mías, sino hechos comprobados en la práctica.

El ruido ataca a dos cosas principalmente: sueño y atención.

El sueño es función necesaria para la vida. Para obtenerlo es necesario el descanso, y para que pueda haber descanso se hace necesaria la quietud.

El cerebro de una persona dormida, aunque sea el sueño producido por la anestesia, sufre tanto las impresiones de dolor y de ruido como el cerebro de una persona despierta. (Crile)

La concentración en el trabajo es condición indispensable para la consumación de cualquier obra perfecta, y en medio del ruido es imposible concentrar. Si tratamos de ejecutar un trabajo, especialmente si es trabajo mental, y oimos un ruido armónico como música o canto, este nos distrae y nos roba la atención; si oímos un ruido inarmónico, como gritos, claxon de auto etc., este no solamente nos distrae del trabajo sino que nos irrita y sus efectos perduran más allá del momento en que se producen.

Tal vez alguien diga que en todo ésto no hay nada de nuevo. Muy bien, casi no hay nada nuevo en este Mundo, pero necesitamos demostrar lo viejo para darnos cuenta de su existencia. Miles de personas visitan los museos, y sin embargo ningún museo contiene obras que estén por ejecutar. Visitando un museo de antiguedades me dí cuenta de lo ignorante que yo estaba acerca de los trabajos hechos por los antiguos indios pobladores de Sud América; sin embargo allí estaban y existían. Así mismo no tiene nada de extraño que existan cientos de personas que estén ignorantes de que el ruido en que viven es la causa de sus males.

Nada viviente en la Tierra progresa sin un ciclo de trabajo y descanso, y a esta ley no escapa el hombre. Nuestro cerebro trabaja mediante sus medios de relación con el mundo exterior, o sea por los sentidos, uno de los cuales es "oir". Descansa con el sueño y la quietud que también permiten el descanso y recuperación de toda la maquinaria humana. Si de día y de noche tenemos el "switch" del oído en contacto, ¿cuál será el resultado? ¿Qué experiencia tienen los que al dejar su automóvil por la noche en el garage, se han olvidado y han dejado en contacto la ignición? Bien, pues cualquiera de esas noches de claxons, petardos y charangas es una noche que habéis dormido con la ignición prendida.

Hay seres dichosos a quienes el ruido aparentemente no les impresiona, y es indurable que la reacción al ruido está en razón directa con el desarrollo mental del individuo y con su clase de trabajo, y que son los trabajadores mentales los que mayormente sufren sus malas consecuencias, por ser en estos en donde se encuentra más desarrollada la facultad de concentración. Así vemos como Napoleón, para poder trabajar ventajosamente en sus obras, se hizo fabricar un quiosco en el mismo centro de uno de los lagos de Fontaneibleau. Bethoven, en los principios de su carrera se encontraba en las

condiciones más ideales para componer sus obras en la casa del conde que le protegía. Tenía para él un magnífico salón de música y se encontraba en la despreocupación mas completa de los problemas de la vida, tenía buena casa y mesa. Mas no pudo resistir el ruido producido por los ladridos de los perros del conde. Protestó a los criados de que no podía trabajar y componer sus obras por que los perros con sus ladridos no le dejaban concentrar; respondiéronle los criados que no podían hacer nada por tratarse de los perros de caza del conde. Colérico Bethoven contestó que aunque fueran los perros del emperador él no los toleraría; arregló sus maletas y dejó la casa que le prestaba todo género de comodidades, lanzándose al mundo a luchar con todo género de dificultades.

El ruido puede ser dividido en varias clases: armónico, inarmónico, inevitable, vicioso etc., o cualquier otra clasificación que se nos antoje. Pero de todos modos las campañas modernas se dirigen a cortar de raíz los ruidos viciosos; a suprimir hasta donde sea posible los innecesarios y a modificar los que creemos inevitables.

Hay muchos ruidos que se consideran inevitables y que sin embargo hay maneras de suprimirlos o de aminorarlos. El mejor ejemplo lo tenemos en el silenciador del escape de los motores de explosión interna.

Nuestra situación local no es muy difícil de corregir. La mayor parte de nuestro alboroto es puramente innecesario y vicioso, y el resto susceptible de aminorar. Veamos cuales son nuestras fuentes productoras de ruido:

1.—Uso inmoderado del claxon o señales de alarma de los automóbiles.

2.—Cohetes y petardos.

3.—Uso inapropiado de los intensificadores de sonido en las máquinas parlantes y apartos de radio telefonía.

4.—Charangas callejeras y orquestas de bailes.

5.—Ladridos de perros.

6.—Anunncio de ventas y compras callejeras en alta voz.

7.—Mala atención al estado de vehículos de todas clases.

8.—Campanas de las escuelas y gritos de los escolares.

Cómo debemos proceder para modificar y suspender estas fuentes de ruido? Hay que ir con tiento. Las leyes y ordenanzas son necesarias, pero la primer condición es la educación; la cultura del pueblo. Un exceso de ruido es una demostración de un exceso de egoísmo de parte del que lo produce. De ahí que sea el automóvil en todas partes del mundo la piedra de toque en la educación de un pueblo. El poder del dinero o de las circunstancias ponen en manos del inferior un factor que le superioriza, y un individuo que ni por su herencia ni por su educación propia sea un verdadero hombre culto obtiene una máquina de gasolina. Ese factor lo iguala a aquellos con quienes de otro modo no puede alternar y entonces goza, se ríe de ellos. Este es el tipo abominable que en todas partes del mundo toca, suena el claxon a sus anchas. De otra parte están los conductores temerosos que tocan constantemente creyendo que así otro no se les vendrá encima, y el grupo de los principiantes y los que tocan sin darse cuenta de que el ruido que roducen va más allá de donde ellos quieren que vaya.

El uso de cohetes y petardos es muy fácil de evitar; no hay mas que suprimirlos. El que haya tenido la oportunidad de ver a un niño dormido saltar de la cama y despertar aterrorizado por efecto

de un petardo, o a un enfermo sufrir agonías por el mismo motivo, tendrá sobrada razón para desear que tales artificios perturbadores de la paz se releguen al olvido, y que solo sean usado en determinadas ocasiones.

Modernamente, los placeres que son para unos, los va convirtiendo la invención en dolores extraños. El uso de aparatos radiotelefónicos con sus "loud speakers" y de las máquinas parlantes con métodos amplificadores se ha generalizado enormemente. Nuestras construcciones tropicales a puertas abiertas y el gusto desarrollado localmente por la alta sonoridad, hacen que el vecino que pone en función su máquina no lo hace para sí propio sino para todo el vecindario. Los establecimientos comerciales vendedores de máquinas y records producen en San Juan un ruido ensordecedor que seguramente resulta en detrimento de las mismas casas vendedoras disminuyendo la eficiencia y el rendimiento de trabajo de sus empleados, además del destrozo físico y moral en sus alrededores. Este exceso de ruido tiene que enmendarse. Ya que sería imposible dividir la población en distritos con y sin aparatos parlantes para que los vecinos pudieran vivir de acuerdo con su clase de trabajo, hay que buscar otros medios. El derecho individual debe venir en nuestro auxilio; si yo tengo el derecho de oir mi victrola, el vecino del frente también tiene el derecho de leer su novela en calma. La máquina parlante y el radio son la diversión más agradable, moral e instructiva con que contamos, pero deben de usarse de manera que no estorben a los demás.

La venta de records fonográficos debe de reglamentarse de modo que vuelva al estilo de cuartitos cerrados para la prueba y selección, y si han de usarse los altos parlantes o aparatos de gran volumen, que el establecimiento se provea de un salón de audición donde el público tenga acceso gratuito si así lo desea, pero que el ruido no se oiga fuera de ese recinto, o al menos con baja intensidad. Indudablemente la causa de tanto temperamento excitable, de tanta equivocación y mala comprensión e ineficiencia en el trabajo no tienen otra causa que la máquina parlante moderna y los anuncios de records fonográficos.

Tengo entendido que hace algunos meses se aprobó y promulgó una ordenanza municipal con objeto de evitar los daños del ruido por los ladridos de perros. Todo ciudadano debe ayudar a que ésto se realice. Tal estorbo público puede disminuirse grandemente si los dueños de perros se toman un poco de cuidado del animal y le enseñen a no ladrar viciosamente.

La falta de mercados accesibles o mercados rotatorios ha traído como consecuencia el llamado revendón. Tales indinviduos, en vez de estacionarse en sitios convenientes, o de visitar calladamente a su clientela, anuncian sus productos en voz alta, lo cual constituye un alboroto molesto e innecesario para todos los que no están esperando hacer una compra. Gritan también los quincalleros, limpiabotas, dulceros, vendedores de periódicos etc., y no solo gritan los que venden si no también los que compran botellas y todo género de artículos. Tal costumbre debe de modificarse no tan solo como medida de evitar ruido, sino como medida económica para la comunidad.

La escuela pública es la primer fuente de educación de un pueblo, y de ella deben emanar las buenas costumbres y el respeto a los demás. El llamar al templo de la enseñanza de una manera estridente

tiene efectos morales contraproducentes fuera de motivo que nos ocupa en este momento. No discutiré las ventajas o desventajas que pueda tener tal llamada; recordemos solamente que los habitantes de una población no son todos de edad escolar y que tal costumbre innecesaria constituye un estorbo público. Las campanas de las escuelas producen un sonido agudo y desagradable cuyos efectos irritantes los aumenta el campanero prolongando innecesariamente el repique.

El aviso de las campanas de escuelas puede muy bien suprimirse. Tales toques deben ser para el interior del edificio en donde se necesitan órdenes, mas no para todo el vecindario.

La gritería de los niños en los patios y alrededores de la escuela constituye una fuente desagradable de ruido que actúa también en detrimento de los niños mismos. El recreo creado por los grandes educadores como un medio eficaz y necesario para dar descanso al cerebro y permitirle que pueda de nuevo ejercitar la atención y la concentración, resulta en nuestras escuelas contraproducente. Durante ese período de gritería se excita al grado máximo el sistema nervioso del niño, y en vez de volver a sentarse en su pupitre con el cuerpo descansado y la mente clara, lo hace con un cuerpo agotado, sudando, sin haber terminado con la discusión o la lucha que le empeñaba con sus compañeros, deseoso de seguir hablando y saltando, con una mentalidad completamente agotada y nada dispuesta para recibir los beneficios de la nueva clase. Además de éste mal físico y mental, el recreo gritado crea el detestable hábito de hablar gritando. Creo que no hay gente en la tierra que hable más duro que los puertorriqueños. Este hábito es debido al ruido en que vivimos; para ser oído hay que hablar más alto que el ruido que nos rodea; de ahí la costumbre. Nos sucede lo mismo que cuando tenemos que hablarle a un sordo, que cuando el sordo se vá le seguimos gritando a los que oyen bien.

Mucho mas se puede escribir sobre este asunto, pero basta por hoy; tengo la seguridad de que no me quedaré solo. Son muchas las personas atormentadas por el ruido que están sufriendo callados con suprema abnegación la ignorancia de los demás, y ellas habrán de hacer públicas sus opiniones en pro de la salud, la tranquilidad y los buenos modales de nuestro pueblo.

Me he decidido presentar este asunto ante la Asociación Médica de Puerto Rico por considerar que es a ella a la que en primer término corresponde. Luchamos por todos los medios posibles en favor del mejoramiento de la salud, y si consideramos al ruido innecesario como a un agente nocivo, debemos también luchar contra él al igual que nos afanamos en destruir la tuberculosis o la uncinariasis.

El problema es educaitvo y no se puede resolver solamente con la aplicación de leyes prohibitivas que por lo general se hacen antipáticas y difíciles de poner en vigor. Debe de procederse de una manera inteligente, sistemática y progresiva. En primer término demostrarle a los que no se han dado cuenta, del daño que están recibiendo en su salud por la falta de descanso y ambiente apropiado para el trabajo; luego llevar al sentimiento de las gentes el reconocimiento de que el molestar a los demás constituye una falta de cultura y una acción de estorbo a la cual no tienen derecho, y empezar promulgando leyes y ordenanzas de una manera sistemática y progresiva, no tratando de hacerlo todo a la vez sino a pasos sucesivos.

Empezar, por ejemplo, con los petardos y cohetes y estarnos en eso el tiempo necesario hasta que los que los usan se den cuenta de que lo hacen contra la ley; hasta que el policía se habitue a ir en busca del que los tira y hasta que el comercio que los vende deje de importarlos y los pirotécnicos dejen de fabricarlos por ser un producto que no tiene venta, y en tiempo más o menos largo se habrán terminado los petardos y cohetes.

El claxon no puede ser suprimido por completo, es una alarma necesaria hasta cierto punto, pero podemos ir suprimiendo su uso vicioso e innecesario. Un primer paso sería el que el policía cuando le de paso a un auto en un cruce lo haga con la vista y no con el oído, es decir: que cuando le de paso a un auto le haga saber al que lo conduce que no necesita llamarle la atención con el claxon desde el momento que él lo ha visto, y esto es suficiente.

Debe insistirse seriamente en la supresión del claxon después de las once y media de la noche, y al que crea que es peligroso andar sin su aviso ruidoso, darle el consejo que da la policía de París, "vaya despacio y use de sus ojos."

De estas ligeras consideraciones pueden deducirse un número de ordenanzas para obtener un resultado práctico a base de educación de una parte y de la fuerza legal de otra.

Para terminar me permito presentar a esta asamblea la siguiente resolución:

La Asociación Médica de Puerto Rico, reunida en asamblea general el día 20 de Diciembre de 1929, adopta el siguiente acuerdo:

Considerando que el ruido excesivo es un agente nocivo a la salud.

Considerando que para lograr un sueño fisiológico, el factor más importante de la higiene, es indispensable la quietud.

Considerando que la ausencia de ruido es indispensable para poder prestar atención y practicar la concentración en cualquier clase de trabajo.

Considerando que en nuestra isla y especialmente en su capital, San Juan de Puerto Rico se produce un exceso de ruido innecesario que mina inadvertidamente la salud y la mentalidad de sus habitantes.

Resuélvase: Dedicarse con todo empeño a hacer la propaganda educativa necesaria, insistiendo hasta llevar a la mente de nuestros habitantes el conocimiento de que el ruido es nocivo, y que nuestra mejor prueba de cultura será el evitarlo.

Y resuélvase también, que para llevar a cabo esta campaña se solicita la cooperación de todos los asociados para que por mediación de la Directiva de la Asociación se divulguen los conocimientos necesarios, se procure obtener la cooperación del público, de las casas de comercio y de las autoridades municipales e insulares hasta llegar a suprimir todo ruido innecesario y vicioso y mejorar el estado de salud física y mental del pueblo.



UN CASO DE UREMIA PRODUCIDO POR UNA DIETA DEFICIENTE EN CLORURO DE SODIO

JOSE APELLANIZ, M. D. (*)

Cuando asistía en París a los cursos de Lian en la Charité oí hablar de ciertos experimentos que se hacían para determinar el efecto en el organismo de una dieta pobre en cloruro de sodio. Los autores al mismo tiempo hacían experiencias clínicas con ciertos enfermos de nefritis y habían hecho sorprendentes descubrimientos, que más luego darían a conocer y que según ellos iba a revolucionar un aspecto del tratamiento de las nefritis.

Los autores Blum, Van Caulert, y Grabar descubrieron que una dieta deficiente en cloruro de sodio producía en los animales, y en las personas normales un aumento progresivo en la urea sanguínea, que podía asumir cantidades considerables. Este síndrome lo llaman azotemia por falta de sal.

El estudio de casos nefríticos los llevó a la conclusión que existen casos de nefritis en que la azotemia, no depende de un defecto renal, sino de cambios humorales de origen desconocido, y causados por la escasez de sal en los tejidos Además hay casos en los cuales la azotemia de origen renal, no es grande y se agrava por la escasez de sal en la dieta, es decir que hay dos azotemias superpuestas, la renal y la humoral.

Apenas llegué a Puerto Rico de mi viaje tuve oportunidad de aplicar prácticamente estos conocimientos, pues un colega de la isla me refirió un caso de uno de sus familiares con una uremia moderadamente marcada el cual creí desde un principio podía pertenecer a esta categoría de las azotemias por carencia de sal.

Este es el caso que tengo el honor de presentar a ustedes para su consideración:

La señora R. T. A. se sintió enferma por primera vez hacia mayo de 1926. Después de una grippe, y una ligera bronquitis un día tuvo un colapso y se le hizo un examen físico, y análisis de orina. La única anormalidad encontrada por el médico que practicó el examen fué la presencia de albumina y algunos cilindros. Se le instituyó un régimen de reposo, y dieta declorurada y pobre en albúmina y mejoró bajo este régimen. Siguió relativamente bien hasta septiembre de 1928 cuando la casa én que residía fué tumbada por el temporal de San Felipe, y pasó varias horas en un refugio donde le llegaba el agua hasta el muslo. Desde el día siguiente tuvo fiebre y se vió obligada a guardar cama a causa de su estado general. Debido a su padecimiento renal la dieta se redujo de cantidad, manteniéndola siempre libre de sal, excepto la cantidad contenida naturalmente en la leche.

En vista de su estado siempre malo, se le hizo un examen químico de la sangre en noviembre de 1928, y la urea se encontró aumentada a 25 mg. Hallazgo de relativa importancia en una persona cuya alimentación desde hacía varios meses había sido leche, y algunos vegetales sin sal. Desde esta época la dieta fué quizás un poco más estricta en lo que a las proteinas y la sal se refiere. La urea sanguínea siguió aumentando. El corazón comenzó a trabajar deficiente-

(*) Leído en Arecibo. Oct. 13, 1929.

mente. El pulso aumentó a un promedio de cien pulsaciones a pesar de estar ella recluída en cama todo el tiempo, y hubo necesidad de administrar digital para reducirlo.

En Marzo de 1929 apareció azúcar en la orina. La dieta diabética estaría contraindicada a causa del aumento en la urea sanguínea, y el estado del riñón, se continuó la alimentación hidrocarbonada con la administración insulina.

El historial del caso no presenta ninguna variación, excepto el aumento de la cantidad de insulina para tenerla libre de azúcar. El azúcar sanguíneo era de 250mg. La urea aumentó hasta 45mg.

Ví a la paciente por primera vez en junio 24, 1929. El historial del caso y el tratamiento seguido hasta esa fecha lo he dado ya a grandes rasgos. El examen físico no reveló ninguna anormalidad excepto bastante palidez, ptosis de las vísceras, y un pulso rápido, 100, que aumentaba hasta 120 al menor esfuerzo físico. El examen de laboratorio reveló la presencia de una gran cantidad de azúcar en la orina, asimismo habían muchos piocitos, y también una cantidad muy ligera de albúmina, y muy pocos cilindros hialinos. Como ya dije, para esta fecha el azúcar sanguíneo era de 250 mg., y la urea de 45 mg. La insulina necesaria para metabolizar los carbohidratos ingeridos en la dieta aumentaba constantemente. Finalmente se necesitaban ciento cincuenta unidades diarias, y aún con esta cantidad era imposible hacer desaparecer la glicosuria.

En vista de esto creí necesario reducir la cantidad de hidratos de carbono ingeridos, y al mismo tiempo aumentar poco a poco la cantidad de sal y proteina ingerida, así como auentar el total calórico de la dieta. La administración de la insulina se controlaba con análisis cualitativos para el azúcar urinario practicados antes de cada una de las tres comidas.

En junio 20, 1929, la dieta era la siguiente: (La más liberal que he podido encontrar en sus records desde Noviembre de 1928.)

Corn Flakes, 1 1|2 onza
Guineo, 1
Leche, 3 vasos
Jugo de 2 toronjas
Puré de petit pois, 2 onzas
Papa o yautía, 3 onzas.
Lechuga
Manzanas, 2
Gelatina, 2 onzas
Una papa asada
Pan, 1 rebanada con mantequilla de salada. (No la comía toda)
Sal total: 1.182 gramos
Calorías: 1260.

(Se usaban 150 unidades, sin conseguir hacer desaparecer la glicosuria).

La dieta fué cambiándosele poco a poco.

En Julio 10 era:

1 onza de mantequilla.
3 onzas de ensalada.
1 onza de aceite.
2 onzas de carne.
1 huevo.
3 vasos de leche.
3 onzas de pan tostado.
Sal total: 3.16 gramos—1 gramo añadido—4.16 gramos.
Calorías: 1219.

Se necesitaban de 30 a 60 unidades de insulina al día.

En agosto 3 el estado general había mejorado bastante. La urea había bajado a 35 mg, a pesar de que la ingestión de proteinas había aumentado. En esta fecha la dieta era la siguiente:

60 gramos de jamón.
120 gramos de carne.
90 gramos de pan.
2 huevos.

45 gramos de mantequilla.

Ensalada, a escoger de esparragos, col, berengena, etc.

30 gramos de aceite.

1 onza de queso.

5 onzas de papas, o la cantidad equivalente de habichuelas, pois, manzana, macarrones, guineo, o remolacha.

2 vasos de leche.

Con esta alimentación la cantidad de insulina necesaria bajó a 20, luego a 10, y por último desapareció el azúcar sin necesidad de usarla. La cantidad de sal en esta dieta es de 4.14 gramos, las calorías 2110.

Después con el aumento de tolerancia de azúcar se han hecho varias modificaciones en la dieta. Se ha aumentado el valor calórico, y se ha reducido la cantidad de proteina a expensas del carbohidrato.

Este caso se presta a ciertas deducciones de orden especulativo muy interesantes. He aquí una enferma sometida por espacio de unos dos años a una dieta deficiente en valor calórico, en proteinas, y en cloruro de sodio. Después de una mejoría aparente por varios meses se pone más mala, y hacen su aparición una miocarditis, una anemia, y una diabetis de bastante intensidad. Además aumenta la cantidad de urea en la sangre a proporciones patológicas. Con la institución de una alimentación adecuada cede la anemia mejora el miocardio, mejora mucho la diabetis, y la cantidad de urea sanguínea se acerca a la cantidad normal. En la actualidad el pulso no pasa de 94 después del ejercicio, la orina no contiene azúcar, el azúcar sanguíneo es de 160 mg., la urea sanguínea es de 23 mg.

El único aspecto que vamos a considerar es el relacionado con la urea sanguínea en relación con la ingestión de los cloruros, que es el tema de esta comunicación, y que me he tomado la libertad de traer ante ustedes por considerarlo de suma importancia en el tratamiento de las nefritis.

Los autores mencionados no han podido encontrar diferencia clínica ni en el pronóstico de las uremias provocada por carencia de cloruro de sodio o las provocadas por la lesión renal. Quizás en el caso de una hiperpiesis estaríamos justificados en suponer que la uremia fuera de origen renal, pero de no haber aumento en la tensión la uremia podría ser de los dos orígenes, pues sabemos que hay uremias clásicas sin hipertensión.

Realmente la única manera de determinar el origen de una uremia es estimando la cantidad de cloruro de sodio en el plasma. Normalmente los cloruros se hallan en la cantidad de 450 a 500 miligramos. Cualquier nefritis con azotemia en la cual la cantidad de cloruro sea inferior a 420 mg. nos debe hacer sospechar que la uremia es de carencia de cloruro de sodio, y ensayar la administración de esta sal para ver si podemos reducir la uremia. A veces la carencia de cloruro de sorio agrava una uremia nefrítica leve.

El estudio de este caso nos trae a la conclusión de que en el tratamiento de una nefritis no debemos reducir la ingestión de sal a menos de que no haya retención. Es decir que una albuminaria en sí sin edema no significa que sea necesario en el tratamiento reducir el cloruro de sodio, y aún en casos de edema puede ser el origen de ésta hidrémico, y la retención de sal que hubiera se debería al agua retenida, en cuyo caso la dosificación del cloruro de sodio daría un porcentaje inferior al normal.

No podemos resistir la tentación de

llamar la atención de ustedes a la importancia de una consideración cuidadosa de los requerimientos calóricos al planear una dieta. Nosotros no tenemos la menor duda de que en este caso, tanto la miocarditis, como la anemia, y la diabetis se debieron a desnutrición de los diferentes órganos causada por insuficiencia calórica prolongada y nuestra opinión está sostenida por el mejoramiento de dichos síntomas al instituir la alimentación necesaria, y sin la ayuda de ningún otro específico.

Oct. 11, 1929.



CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA TECNICA DE LA PIRINEOGRAFIA (1)

DR. PEDRO PEREA

El tratamiento de los desgarres del periné es de los que mayores dificultades ofrecen, porque son tantos los procedimientos recomendados, que se hace difícil seleccionar la técnica.

Los nombres de Dieffenback, Hegar, Simpson, Sims, Enmet, etc., van unidos a otros tantos procedimientos, algunos, verdaderamente originales y merecen recordarse al tratar de las perineorrafias porque marcan en la historia de las mismas, verdadero progreso.

Dieffenback, realizando el primero la perineorrafia, previo avivamiento y sutura consecutiva; Sims ampliando dicha operación; Enmet su discípulo, haciendo hincapié, en la sutura del esfinter como único medio de obtener buenos resultados funcionales y presentando su procedimiento, introdujeron el más grande progreso en la perineorrafia. Kelly, Duvat, Delbet y otros demostrando la conveniencia de unir el elevador del ano como órgano de sostén, igual que se hace en el esfinter anal como órgano de retención, han confirmado una vez mas que el avivamiento ha de ser profundo para alcanzar las capas musculares y obtener resultados perfectos en la operación y de aquí la inspiración de nuestra técnica.

No podemos hablar de perineorrafia sin recordar aunque sea someramente como se fraguan los desgarres perineales y para ello bueno es tener presente los mas importantes puntos de la función y anatomía de los músculos que forman el diafragma pélvico.

El suelo de la pelvis o diafragma pélvico, está formado como todos sabemos, por la piel, facia superficial y profunda y ocho pares de músculos, dos ischio cavernosos, dos bulbo cavernosos o bulbo coccigeus, dos transversos del periné, el elevador del ano o ilio coccigeus y el esfinter anal: este diafragma pélvico se encuentra perforado por el recto, la vagina y la uretra. El recto se cierra con la acción del esfinter anal mientras que, la vagina en su parte anterior y posterior y la uretra se mantienen en aposición principalmente por la acción del elevador del ano (bulbo coccigeus o bulbo cavernosos). La acción de estos músculos se aumenta algo por la contracción del transverso del periné e ischio cavernosos, que están situados a cada lado y debajo de la vagina.

Todos los músculos que forman el suelo de la pelvis se mezclan unos con otros, y forman un diafragma muscular que llena la salida de la pelvis, estando todos separados por la facia pélvica que los liga juntamente, aumentando así su poder de resistencia.

Aunque no existe uniformidad de opinión sobre el valor relativo de estos elementos en el mecanismo de su acción de soporte, sinembargo, podemos decir que el elevador del ano, junto con la facia que cubre su parte interna y externa, se considera como elemento, el más esencial del diafragma pélvico.

Al considerar su función es bueno re-

(1) Leído ante la Asamblea General. — Diciembre 21, 1929.

cordar, que este músculo está formado de tres partes: la porción posterior e ilio coccigeus, de poca importancia desde el punto de vista del ginecologista; la porción bulbo coccigeus o bulbo cavernoso y la porción bulbo rectalis, que componen la porción anterior y cuya función más importante en la mujer es arrastrar la parte inferior de la vagina y recto hacia adelante del nivel de las sinfises pubiana, siendo tensor de la facia pélvica y antagonista del diafragma y músculos abdominales, se contrae, cuando esos músculos opositores se contraen y relaja cuando ellos se relajan. Cuando están intactos, mantienen en equilibrio los órganos pelvianos y cuando pierden su integridad, el equilibrio se perturba.

El periné puede ser pues, lacerado completa o incompletamente llegando desde la horquilla hasta el borde del ano, pero respetando sinembargo el esfinter, y son estas clases de lesiones, que acompañadas de un relajamiento bulbo vaginal y pérdida de la integridad funcional del elevador, las que responden mejor a nuestra técnica.

La intervención como en todos estos casos se compone de tres procedimientos: 1—corregir el relajamiento vulvo-vaginal, 2—restaurar el elevador del ano a su posición y funcionamiento normal y 3—reconstruir el periné.

No siendo para ninguno de nosotros nada nuevo la técnica de los distintos y más importantes procedimientos operatorios en esta materia, para no molestar ni cansar vuestra atención, iremos a nuestro relato lo mas someramente posible.

Para el primer tiempo, incisión del tabique recto vaginal, procedemos según la técnica de Clark, Goff, Emmet, Kelly o procedimiento similar según el caso, aunque nosotros rutinariamente preferimos para este tiempo la técnica de Clark (figura No. 1 y 2) con sus dos ángulos de colgajo en cada lado, los que sin tensión especial después de denudados, vienen fácilmente a la línea media sin peligro de producir obstáculos o bandas vaginales, dejando al mismo tiempo en descubierto los planos correspondientes al músculo elevador del ano, que mas tarde hemos de incindir.

Para la separación del recto del tabique vaginal usamos el dedo envuelto en una gasa para mejor facilitar la disección. La excisión del colgajo depende de la protusión herniada del recto en la vagina. Su tapiado lo hacemos incluyendo todas las capas del tejido recto vaginal (figura No. 3) dándole mucha atención a la porción músculo facial del tabique y teniendo mucho cuidado que los puntos no interesen la mucosa rectal, pues esta cavidad, es imposible de desinfectar y por las aberturas de la sutura fácilmente puede verificarse la infección de la herida, pero, aparte de esto, la sutura debe procurar una buena coaptación para que se efectúe la cicatrización, no dejando espacios muertos donde acumularse la secreción de la herida que pueda originar un foco de infección.

Hasta este punto la cuestión queda pues, simplicada a escoger la técnica que mejor logre los resultados apetecidos.

En la restitución del elevador del ano y reconstrucción del periné NUESTRA TECNICA es como sigue:

Una vez descubierto los planos fibrosos y musculares particularmente el elevador del ano, bulbo coccigeus o bulbo cavernoso, lo que conseguimos con el avivamiento profundo hacia dentro en los lados de modo que se levanten los ángulos que forman la vagina en cada lado en la unión de su pared posterior con las late-

rales (figura No. 4) incindimos parcialmente y en sentido longitudinal la parte anterior del elevador del ano en uno de sus lados desde la altura marcada como punto de unión del nuevo plano vaginal hasta la horquilla, dejando el otro lado intacto y suficientemente desbridado para conseguir una mobilidad relativa. Esto conseguido procedemos a la sutura de los músculos por el método que llamaremos escopladura, introduciendo en la pared anterior del músculo que hemos incindido longitudinalmente el mayor volumen de fibras del elevador del lado opuesto, correspondiente, usando para ello, catgut cromisado No. 2 y aunque la hemorragia es algo mayor que en otros trabajos de esta índole sinembargo, puede despreciarse, pues apretada la sutura desaparece por completo.

La sutura y aproximamiento del elevador del ano o bulbo coccigeus (figura No. 5) se lleva a cabo, introduciendo la aguja con catgut cromisado No. 2 cerca del ángulo en la cara anterior del músculo elevador que hemos incindido y en la dirección de afuera a dentro, en igual forma se pasa la sutura por el borde del músculo correspondiente del lado opuesto, introduciendo de nuevo la aguja cerca del ángulo y por su parte interna en la pared posterior del músculo incindido. De este modo introducimos la aguja a través del tejido en la línea media de la membrana mucosa del plano vaginal para volver a salir otra vez adelante y a través de la parte posterior e interna del elevador no seccionado, introduciéndola de nuevo en el borde externo de la parte externa y de adentro afuera en el músculo dividido. La sutura así pasada queda en suspensión para ser terminada con la última sutura de este plano (figura No. 6.)

Esto terminado, reforzamos el periné con nueva sutura a través de la facia y tejidos adyacentes cerrando la piel por medio de una sutura subcutánea (figura No. 7).

El resultado de esta perinorrafia es la reconstrucción del suelo perineal en todo su espesor y la unión verdad de los planos musculares y aponeuróticos de modo que, la pared vaginal posterior venga a desempeñar su función de plano de sostenimiento en la arquitectura pélvica.

Es éste solo un reporte preliminar y huelga por lo tanto expresar con estadísticas el resultado de esta nueva técnica: bástenos solo decir que si de la explicación del procedimiento no resulta las ventajas de la técnica, los hechos clínicos lo demuestran.

MALARIA COMO COMPLICACION POST OPERATORIA

Dr. A. OLIVERAS GUERRA.

Del Servicio Quirúrgico de la Clínica Díaz García.

Santurce, P. R.

Es de todos nosotros sabido que siendo la fiebres maláricas una de las enfermedades infecciosas más uniformemente distribuídas, tiene que ser una de las que hace su aparecimiento con más frecuencia como invasora de segundo término en cuanto a tiempo se refiere. Nada nuevo, pues, traeré a la consideración de ustedes al presentar una serie de casos en que la malaria se muestra como una complicación, sin embargo, son éstos, casos de algún interés por ser de una sola clase, quirúrgicos. Que una pulmonía, una tuberculosis, o nefritis corra parejas con una infección palúdica tiene que ser algo común,, grave y complejo. La claridad de un diagnóstico puede obscurecer el otro que o se arropa y esconde con la sintomatología de uno o empeora la situación añadiendo un nuevo y serio impedimento en el mecanismo de defensa. He aquí la importancia de casos similares en cirugía. Un paciente es sometido a una operación, en que se requiere si posible fuera, su mejor condición física, pero que por regla general ha de llevarse a cabo en un estado adverso. Si le sorprende entonces un nuevo obstáculo, tiene que reaccionar de distinta manera y sobrellevar una nueva carga.

Cuando un operado ofrece al cirujano el cuadro típico post-operatorio, la operación la consideramos como algo sencillo, pero cuando surge un inconveniente que no permite que los acontecimientos se desarrollen tal como lo esperamos, tenemos entonces que lanzarnos a la búsqueda de lo que entorpece y pensar en eliminar aquellas condiciones que con mayor frecuencia se presentan en tales ocasiones.

En países como el nuestro una infección palúdica debe estar en un sitio accesible en la mente de todo cirujano.

Presentaremos casos tan sencillos que apenas necesitaron de esfuerzo alguno para el diagnóstico y tratamiento y otros en que fué difícil esto. El objeto nuestro es demostrar la frecuencia y la seriedad de la complicación que consideramos. Todos estos son casos operados por el doctor Díaz García en su clínica de Santurce.

N. S. de 39 años, fué admitido el 31 de septiembre de 1929, con epidimitis aguda derecha e hidrocele. Cuatro meses antes de ingresar tuvo paludismo que cedió prontamente a tratamiento. No tuvo más fiebres hasta esta nueva enfermedad. La temperatura subió 2 décimas de grado el día de admisión y luego permaneció normal hasta el día 16 de agosto que tuvo un fuerte escalofrío, la temperatura subió a 39.9°C., luego siguió normal hasta ser dado de alta el día 7 de septiembre de 1929.

Una laminilla enviada al laboratorio el día dos de agosto de 1929 para determinar la presencia de plasmodio, fué reportada negativa. El día 19 se envió una y fué reportada P. vivax, positiva. Con tratamiento específico, no volvió a repetirse un nuevo acceso.

R.R. de 38 años de edad. Ingresó el

21 de mayo de 1929. Dió un historial y presentaba sintomatología de úlcera gástrica-crónica. Tratamiento médico no mejoró su condición y fué operado el 25 de junio de 1929. Se le hizo una gastroyeyunostomía posterior. Durante la convalescencia tuvo bronquitis aguda.

No recordaba haber tenido malaria pero tuvo hace algunos años, fiebre y escalofríos.

Después de su bronquitis tuvo temperatura normal desde el dos de julio hasta el primero de agosto. En la mañana de este día se quejó de dolor de estómago (síntoma que había desaparecido después de la operación) y de dolor de cabeza; no tuvo escalofrío; la fiebre subió hasta 38.9°C., bajando hasta 37.6°C. en la mañana del día 2 de agosto. Se quejó en este día de dolor de cabeza y de estómago y vomitó. Una muestra de sangre enviada al laboratorio para investigar malaria fué reportada P. vivax positivo. Se le administró quinina oralmente. Tuvo de nuevo fiebre alta (38.4°C) el día 6 de agosto y luego siguió con fiebre normal y sin quejarse de los síntomas mencionados hasta ser dado de alta.

R. B., jornalero de 43 años de edad, ingresó el 9 de julio de 1929 para someterse a una operación de hernia inguinal. Fué operado el 12 de julio. Tuvo temperatura alta los días 13 y 14, y luego la temperatura fué normal hasta el día 19. En este día la temperatura subió hasta 39.8°C., tuvo escalofrío intenso y vómitos. Muestras de sangre enviadas para determinar malaria fueron reportadas negativas hasta el día 23 en que se halló el Plasmodium vivax. A este paciente se le administró quinina desde el día 19 y no volvió a tener más temperaturas altas.

El paciente no sabía si anteriormente había tenido malaria, aunque no niega que años antes sufrió de fiebres y escalofríos.

N. B. de 43 años de edad fué operado de hernia inguinal indirecta izquierda el 28 de mayo de 1929. Este paciente ingresó el 15 y estuvo en el hospital hasta el 28, fecha en que decidió someterse a la operación. Durante este tiempo no tuvo temperatura anormales ni síntomas que hicieron sospechar malaria, pero dijo que tres o cuatro meses antes había tenidos unas palúdicas. Durante las dos semanas que siguieron a la operación no hubo nada anormal, pero luego empezó a tener décimas de fiebre con irregularidad. Exámenes de sangre no mostraron el plasmodium. Estudios radiológicos del tórax y exámenes de esputos fueron negativos para tuberculosis; la reacción Wassermann fué negativa. Se le administró quinino y fué dado de alta corriendo una temperatura normal. El 23 de julio volvió a ingresar con fiebre alta. Esta vez una laminilla mostró Plasmodium Falciparum.

E. R. de 50 años de edad padecía de úlcera crónica del duodeno, ingresó el 5 de julio de 1929 y fué operado el 6 de julio habiéndosele hecho una gastroyeyunostomía posterior. Su temperatura de ingreso fué normal y así se mantuvo hasta el día de la operación. No tuvo fiebre alta antes de ingresar pero dijo que había tenido malaria hacía cerca de un año. Este paciente tuvo hemorragias profusas post-operatorias, (hematesis) y fué necesario hacerle una transfusión de 800 c. c. de sangre en la madrugada del día 7 de julio. Corrió temperatura que osciló entre 37.5°C. y 38°C. hasta el día 10 de julio, y pulso rápido y débil que osciló entre 120 y 130 mejorando gradualmente, y mateniéndose bajo 90 el día 10 de julio. El día 11 de julio el pulso subió de nuevo hasta 110 y la tempera-

tura llegó súbitamente a 39.2°C. La temperatura desde entonces tenía subidas diarias hasta 40°C. y bajas hasta 37°C y décimas. El abdomen estaba blando a la palpación, pero al hacerse presión sobre el hipocondrio izquierdo se producía dolor y malestar. El bazo era palpable; se quejaba el paciente de náuseas y tenía vómitos diarios, pero no había dilatación de estómago; el intestino se movía bien, el tórax y la orina eran negativos. El paciente, sin embargo, empeoraba, manteniéndose, la fiebre alta y el pulso rápido y débil. No se registró ni un sólo escalofrío, pero hubo sudores ocasionales aunque no profusos. Se enviaron muestras de sangre para determinar malaria y el 17 de julio fué reportado una positiva, de Plasmodium falciparum. Antes de recibirse este resultado, se le había administrado, desde el día 15, 0.50 de biclorhidrato de quinina por vía intravenosa y desde el día 17, fecha en que reportada la muestra positiva, ya la temperatura se mantuvo en 37°C. o más baja. El paciente fué dado de alta el 22 sin haberse registrado otro accidente desagradable.

M. V. de 28 años de edad recibió tratamiento antimalárico desde el 13 de diciembre de 1928 hasta el 11 de febrero de 1929, cuando fué sometido a una colecistectomía.

Este paciente tenía una idiosincrasia marcada a la quinina y por lo tanto el tratamiento preoperatorio fué laborioso. Cuatro semanas antes de someterse a la operación habían desaparecido todos los síntomas relacionados a la malaria. Durante los cinco primeros días post-operatorios sintió las molestias propias a una operación abdominal. Tuvo décimas de fiebre hasta el día 24 de febrero. No se le administró quinina temiendo una reacción a la que era propensa, pero se le administró arsénico. Desde el día 22 empezó a sentir malestar general, dolor de cabeza, nerviosidad y tuvo náuseas y vómitos ocasionalmente. No había signos de infección de la herida, ni de ningún proceso pulmonar, intra-abdominal o relacionado a los riñones. El día 25 los síntomas se intensificaron y tuvo un fuerte escalofrío. Se le administró quinina, que como de costumbre, le provocó un ataque agudo de coriza urticaria.

J. J. de 35 años había sido tratado de malaria por varios meses en diferentes pueblos de la isla. Se le había dado tratamiento intenso con inyecciones intramusculares de quinina. Ingresó en este hospital con dolores agudos en ambas piernas que le obligaban a usar muletas. Muchas de las inyecciones habían sido puestas en las regio-glúteas, en las cuales presentaba areas de endurecimiento y dolor. Estas fueron incindidas y de ellas salió pus en pequeña cantidad. Con el drenaje de estos abscesos y tratamiento con quinina por la vía oral, el paciente se curó radicalmente.

N. H. ingresó con un abceso plantar ocasionado por un accidente del trabajo. Después de drenarse el pus la fiebre continuó alta y hubo escalofríos diarios. Una laminilla reveló la presencia de plasmodium vivax.

P. B. Presentaba una fractura del cúbito y radio derechos por sus tercios medios y fiebre continua de 40 a 41°C., con delirio e inconciencia al ingresar. Exámenes repetidos para malaria fueron negativos por dos días. Se le administró quinina intravenosamente a dosis de 50 cm. Al tercer día el laboratorio reportó la presencia de P. Falciparum en una laminilla.

De acuerdo con la fecha en que se hizo el diagnóstico de malaria en estos casos, podemos dividirlos en dos clases,

aquellos en que se sabía que existía la enfermedad antes de la intervención quirúrgica y aquéllos en que se ignoraba. Los primeros, desde luego, son más fáciles de tratar, pero pueden ellos traer una recidiva post-operatoria especialmente si no han recibido tratamiento adecuado por cualquier motivo, como se ve en el caso M. V. el cual, por su intolerancia a la droga específica, no fué intensamente tratada. Es digno de consideración y estudio este caso porque él nos ilustra claramente lo que ocurre en casos que han sufrido de malaria antes de una operación. Si del historial se desprende que en alguna época hubo fiebres palúdicas, podemos estar sobreaviso. De estos casos, con histoorial positivo o sospechoso, presentamos varios, la mayoría del grupo.

Otro punto de importancia que ilustra M. V. es el tiempo de aparición de los primeros síntomas maláricos. En este caso aparecen 14 días después de la operación, tal parece que es una nueva infección contraída durante el período post-operatorio. N. S. sólo fué sometido a una aspiración de líquido del saco vaginal. Como a su ingreso informó que había padecido recientemente de malaria, su sangre fué examinada para determinar el Plasmodium; el resultado fué negativo. Diez y siete días después tuvo un ataque clásico de malaria y la sangre mostró el plasmodium. En muchos de los otros casos los síntomas aparecieron más tarde. En E. R., con un historial positivo, aunque con un curso clínico preoperatorio negativo, los síntomas maláricos siguen inmediatamente a la operación. Nos parece pues, razonable, asumir que, en casos con una historia de paludismo, ya sea reciente o antiguo, puede una recidiva hacer acto de presencia, en cualquier fecha después de la operación, dependiendo esto de la resistencia del paciente y de la virulencia del organismo. E. R. era un hombre de 50 años con úlcera pilórica crónica, causando una obstrucción parcial y emaciación y además atacado por el Plasmodium falciparum.

En R. B. los síntomas debido a malaria aparecieron siete días después de operado, parece, pues, como si fuera esta la primera vez que tiene esta enfermedad ya que la historia clínica es negativa.

El diagnóstico por regla general es fácil, pero hay casos en que es sumamente difícil, especialmente cuando el laboratorio nos reporta una serie de láminas negativas. Como el estudio de cualquier enfermedad infecciosa, débese tomar en consideración la procedencia del enfermo y su historial clínico. Ele hecho de que haya tenido tratamiento antipalúdico reciente implica poco ya que con motivo a una baja resistencia causada por la operación o condición quirúrgica, puede el plasmodium tomar nuevos bríos. Nos guiaremos por la sintomatología clásica de la malaria ya que algo puede que se note que nos la haga sospechar. En los casos difíciles de diagnóstico a veces hay que hacerlo por exclusión. La falta de síntomas y signos de las complicaciones frecuentes en los casos que consideramos, fiebre alta ya cotidiana o de curso irregular, con un tórax, abdomen, sistema urinario negativos, heridas sin signos locales de supuración, un enfermo demasiado malo sin que encontremos una explicación lógica para su estado son señas que cuando menos deben hacernos pensar en malaria. No debemos depender siempre del laboratorio para hacer el diagnóstico sino para confirmarlo. Cuando nuestras sospechas sean moderadamente bien fundadas, aunque el labo-

ratorio no nos dé una respuesta positiva, debemos hacer unso de la prueba terapéutica y administrar quinina siempre y cuando no haya una grave contra indicación. En los casos N. S., R. B., P. B., N. B., E. R. fué necesario examinar varias laminillas para que se encontrara el plasmodium. E. R., P. B. y N. B. fueron pacientes cuyas condiciones eran graves y en los cuales se hizo un diagnóstico por exclusión. E. R. operado de gastroenterostomía, tuvo hematemesis profusas, se le hizo transfusión de sangre y corrió temperatura alta después de la operación. Tenía dolor en el epigastrio, dolor y malestar a la presión en el hipocondrio izquierdo; el bazo era palpable; el pulso rápido y débil, vómitos frecuentes; el laboratorio mandó un resultado positivo (P. falciparum) después que la temperatura fué normalizada con quinina.

P. B. con fracturas de un antebrazo, ingresó inconsciente, delirando y con fiebre de 40°C. En este caso también el laboratorio halló el P. falciparum después de haberse abatido el proceso con la droga.

N. B. operado de hernia, tuvo una convalecencia que sugería la existencia de un foco de infección. Su sangre fué positiva para P. falciparum 36 días después de operado.

Casos en que el plasmodium falciparum es el invasor, son los que ofrecen más dificultad al diagnóstico como es de esperarse.

No hemos mencionado varios casos que presentaron evidencias de fiebres palúdicas pero en los cuales no fué posible hallar el plasmodium de Laveran. Estos casos recibieron tratamiento anti-malárico y sanaron.

Vemos pues que malaria es una complicación post-operatorio harto frecuente; en la mayoría de los casos de poca seriedad, pero que a veces, especialmente cuando es causada por el Plasmodium falciparum, asume carácter grave por lo difícil del diagnóstico y por la severidad de los síntomas, en enfermos cuya resistencia es baja debido a su condición quirúrgica. Casi siempre el paciente ofrece un historial positivo pre-operatorio y los síntomas de la recidiva aparecerán inmediatamente después de la operación o en cualquier tiempo de la convalecencia, siendo esto último lo más frecuente. Casos que no han recibido suficiente tratamiento antes de la operación son los que con más facilidad tendrán nuevo ataque de fiebre palúdica post operatorio. Una vez descartadas las complicaciones ordinarias asociadas a toda intervención quirúrgica, aunque el laboratorio no confirme el diagnóstico de malaria, si hay datos suficientes para sospechar dicho diagnóstico, debe procederse a la prueba terapéutica y si la gravedad de los síntomas lo justifican, la droga específica debe administrarse, por la vía intravenosa.



"LA HISTAMINA Y LA SECRECION GASTRICA EN ALGUNAS ENFERMEDADES TROPICALES"

Dr. RAMON M. SUAREZ. (*)

Varias son las razones que nos han inducido a emprender este trabajo de investigación y del cual solo presentaremos un ligero informe preliminar:

1. La frecuencia con que hemos encontrado aquilia gástrica en nuestros casos del Hospital Municipal.

2. La disparidad de opiniones que con respecto a la secreción gástrica y duodenal en casos de "sprue", encontramos en la literatura.

3. Hemos encontrado aclorhidria en algunos casos en los cuales no hemos podido determinar el factor etiológico, si no se explica éste con la presencia única de uncinariasis.

4. En los casos de aclorhidria en "sprue" reportados por distintos investigadores, aunque practicaron el análisis gástrico fraccional, no usaron la histamina como estimulante de la secreción.

5. Tenemos la convicción de que con el uso de los Rayos X se le ha ido dando injustamente, cada día, menos uso y menos importancia al análisis gástrico y deseamos despertar un mayor interés en el mismo.

La histamina es un amino acido derivado de la histidina. Su nombre químico es "Iminazolylethylamin". (Hace varios años la he estado usando en trabajos de experimentación en casos de asma o alergia, pudiendo notar que casi un 100% reaccionan localmente a la prueba por escarificación con esta droga.) Se sabe que existe en el intestino normalmente bastante histamina para producir la muerte al individuo a no ser por la defensa que proporciona una mucosa intestinal intacta. Inyectada intravenosamente produce una marcada hiposistolia y shock. Administrada subcutaneamente estimula la secreción gástrica, el sudor, la secreción salivar y congestiona las membranas mucosas.

Aunque sabemos que en dosis de 1cc de una solución al 1 por 1000 hipodérmicamente puede producir oleadas de calor a la cara, dolor de cabeza o algún ligero mareo, en ninguno de los 10 pacientes estudiados por nosotros notamos, ni se quejaron ellos de síntoma alguno desagradable.

Siguiendo a Carlson e Ivy que aseguran que la histamina es el único estimulante positivo de la secreción gástrica, queríamos probar si la aquilia encontrada por nosotros era una verdadera aquilia con destrucción de las glándulas secretorias, o una pseudo aquilia producida por una inhibición funcional de la secreción.

La técnica que hemos usado es una modificación de la preconizada por el Dr. Albert F. R. Andresen, y es como sigue:

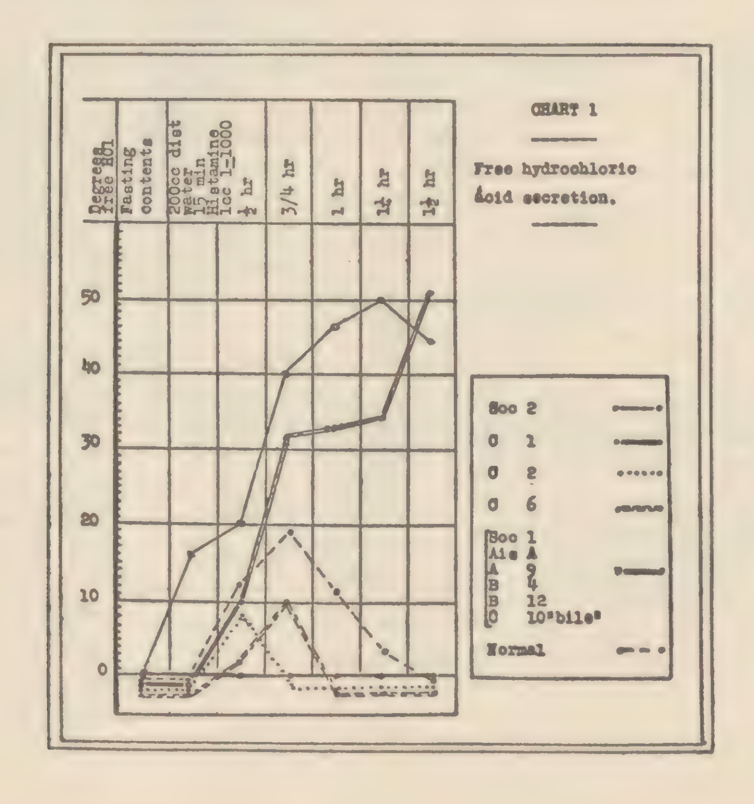
La noche anterior al exámen se le hace tomar al paciente una taza de agua de arroz a medio cocer y comerse 12 pasas. A la mañana siguiente se le pasa la sonda (de Einhorn, Rehfus o una modificación de éstas) hasta aproximadamente una distancia de 50 cm. y se aspira el contenido del estómago en ayunas, cambiando al paciente en distintas posicio-

(*) Leído en la Asamblea de Arecibo.—Oct. 13, 1929.

nes para asegurar el más completo vaciamiento posible del órgano. Entonces se le dan a tomar 200 cc. de agua destilada y al mismo tiempo se le inyecta subcutaneamente 1 cc de la solución de histamina al 1 por 1000. Después a intervalos de 15 minutos se aspiran alrededor de 10cc. durante 1½ a 2 horas. Las distintas cantidades aspiradas se miden separadamente y también se mide el residuo que quede al término de la prueba.

En nuestros casos examinamos microscópicamente el contenido del estómago en ayunas y todos los demás especímenes fueron titrados solamente para acido clorhídrico libre.

Lo primero que llama la atención al estudiar los resultados obtenidos en estos 10 casos es en cuanto a la cantidad total de secreción gástrica obtenida. Debemos eliminar el caso J. U. Sala C No. 10, pues este paciente bien sea por regurgitación del contenido duodenal o porque la sonda pasó el píloro, no pudimos obtener de él más que algunos centímetros cúbicos de bilis pura. Los otros dos casos de aquilia el de sala A No. 9 A. R. quien padece de pelagra, rindió un total de 208 cc. y el de B No. 4 F. S. a quien no hemos podido hacer otro diagnóstico que el de uncinariasis, dió 110 cc. de secreción gástrica. El sala C No. 1 I. V. es un caso de úlcera duodenal y dió un total de 214 cc. y el Sociedad No. 2 P. M. quien padece de bronquitis crónica, vitiligo, hemorroides y una glositis sospechosa de "sprue" también rindió 225 cc. que fué la cantidad más alta obtenida.



		Fasting Contents (200cc water	15 min.	(Histamine) 1cc x 1000 1/2 hr.	3/4 hr.	1 hr.	1-1/4 hr.	1-1/2 hr.	Residue	Total	Diagnosis
I. V.	C No. 1	50cc	10cc	15cc	18cc	20cc	6cc	15cc	80cc	214cc	Gastric Ulcer
P. M.	C No. 2	6	20	20	5	10	5	1	0	67	Sprue
L. A.	C No. 6	5	15	6	10	8	5	6	0	55	Sprue
N. B.	Soc. 1	10	10	6	8	4	0	10	10	58	Sprue
P. M.	Soc. 11.	15	20	20	15	20	25	20	100	225	Bronchitis Vitiligo Glossitis
J. U.	C No. 10	Bile 5	6	8	0	0	—	—	—	19	Malaria Uncinaria
E. N.	A Isol.	20	8	6	6	6	6	5	0	57	Sprue
A. R.	A No. 9	15	10	18	15	20	30	20	80	208	Pelagra
F. S.	B No. 4	25	20	30	15	6	8	6	0	110	Uncinaria
C. S.	B No. 12	0	30	20	20	2	8	5	0	85	Sprue

GASTRIC SECRETION

Los resultados en cuanto al ácido clorhídrico libre se pueden notar mucho mejor estudiando la gráfica que hemos preparado al efecto. Por la línea que representa un caso normal vemos que las glándulas gástricas responden a la histamina a los 10 o 15 minutos después de inyectada y que llagan a un climax de actividad a los ¾ de hora, volviendo a cero a la 1¼ u 1½ hora siendo entonces que ocurre normalmente regurgitación del contenido duodenal. En cambio el caso de úlcera duodenal sigue una curva ascendente y a la 1½ hora todavía lo hemos dejado en los 51° de HCl libre sin tendencias a bajar, y el otro, el de vitiligo, después de llegar a 50° a la 1¼ hora lo dejamos en 41° 15 minutos más tarde. Esos dos casos los usamos solamente con la idea de que nos sirvieran de contraste con los siete casos que considerábamos como de aquilia, y que son, por lo tanto, los que más nos interesan.

Antes de hablar de los casos de aclorhidria deseamos llamar la atención hacia el hecho de que en ninguno de los contenidos del estómago en ayunas ("fasting contents") se encontró un HCl libre. (ni aun en el de úlcera duodenal.)

De los siete casos restantes notamos que bajo el efecto de la histamina dos casos segregaron algún ácido clorhídrico. El caso C No. 2 P. M. segregó 8° a los 15 minutos después de la inyección. El diagnóstico del mismo es "Sprue" y uncinariasis. Su hemoglobina es 70%, el número de hematíes 3,870,000 y el índice de color 0.92. El de sala C No. 6 L. A. a los 15 minutos minutos segregó 2° y a la ½ hora 10° de HCl libre. Este caso presentaba casi todos los signos y síntomas de esprú al ingresar al hospital los cuales hoy han desaparecido. Su sangre en Agosto 17 tenía Hb. 30% y 980,000 hematíes y en Octubre 1: Hb. 35% y 2,100,000 glóbulos rojos. En este caso podría argumentarse, pero no probarse, que la presencia de Hcl no es más que una manifestación de la mejoría clínica que ha experimentado el paciente.

La aquilia persistió sin alterarse en 5 casos. En el A No. 9 A. R. que padece de pelagra y en el B No. 4 F. S. a quien, según hemos informado antes, no hemos podido encontrar ningún factor que explique la ausencia del HCl libre si no es la uncinariasis. Este paciente no tiene ni nunca ha tenido gran anemia. Cuando ingresó su contage fué de 3,830,000 corpúsculos rojos, Hb. 40% y actualmente su apariencia física es mucho mejor. El caso B No. 12 C. S. presenta el cuadro clínico de una marcada caquexia "espruica", el Sociedad No. 1 N. B. tiene ese mismo cuadro clínico y su sangre dió en Octubre 1 un contage de 1,250,000 hematíes, Hb. 35% y un Indice de Color de 1.07.

Hemos dejado para último el caso de Aislamiento A: E. N., por ser otro de los casos que como dijimos en un trabajo que presentamos hace varios meses, no se diferencia de la anemia perniciosa más que por la emaciación y por ser menos notables los cambios morfológicos que se observan en la sangre, pero que tienen sinembargo la persistencia de la aclorhidria y que mejoran con una dieta a base de hígado y proteidos, aunque más lentamente que los casos de anemia perniciosa. Este paciente ingresó hace varios meses y entonces su sangre acusaba, 1,250,000 corpúsculos rojos, Hb. 25%, 0.5% reticulocitos y algunos normoblastos. Hoy su contage es de 4,000,000 y su Hb. de 70%.

Conclusión: No recomendamos la prueba de histamina como método de rutina en análisis del jugo gástrico, pero cree-

mos que debe usarss en todos los casos en que el examen corriente haya demostrado una ausencia de ácido clorhídrico libre. Con esta prueba confirmaríamos que por lo menos 33 por ciento de los casos reportados como aquilia son en realidad casos de hipoclorhidria. La importancia del uso de la histamina se hace más patente si tratamos de diferenciar nuestras anemias de la anemia perniciosa.

NOTA:—Después de presentado este trabajo hemos aumentado hasta 25 el número de casos estudiados y los resultados han sido idénticos a los obtenidos anteriormente.

BIBLIOGRAFIA

Albert F. R. Andresen. "Fractional Gastric Analysis with Histamine". Annals of Clinical Medicine 1927—July & May. Page 472.

Louis M. Gompertz & Martin G. Vorhaus: "Studies on the Action of Histamine on Human Gastric Secretion". Journal of Lab. & Clinical Medicine. 1925/26. Page 14.

Américo Serra: "The Relation of Sprue to Pernicious Anemia". American Journal Tropical Med. Jan. 1929. Page 49.

Bailey K. Ashford: on Sprue. American Journal Tropical Medicine 1928. Page 507.

Allen B. Bunce: "Clinical Considerations of Achlorhidria". South. Med. Journal 1929. Page 119.

Martin E. Rehfus: "A Study of Hyperacidity". South. Med. Journal Feb. 1929. Page 123.

Arthur L. Bloomfield & W. S. Polland: "Diagnostic Value of Studies of Gastric Secretion" J. A. M. A. Apr. Ju. 1929. Page 1508.

A. Hecht Johansen: "Achylia in Pernicious Anemia after Liver Treatment. Examinations after Histamine Injections". J. A. M. A. 1927. Page 1728.

Asher Winkelstein & J. M. Marcus: "Excretion of Neutral Red in the Stomach in Achylia Gastrica". J. A. M. A. 1929. Page 1238.

Salomon Katzenelbogen: "The Action of Histamine on the Alkali Reserve". J. A. M. A. 1928. Page 1240.

Julius Friedenwald & Theodore H. Morrison: "The Clinical Significance of Achylia Gastrica". Annals of Clinical Medicine. Vol. 5. Page 319.

Donald R. Black: "Achlorhidria". South. Med. Jour. Vol. 21. Page 920.



BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO CADA DOS MESES BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

Año XXII. | Marzo y Abril de 1930. | Núm. 176.

Tuberculosis en el Ganado Vacuno de Pto. Rico.

Por el DR. JOSE RODRIGUEZ PASTOR M. D. y el DR. AIFONSO RIVERA, D. V. S. (*)

Traemos hoy a la atención de ustedes un problema comparativamente nuevo en Puerto Rico, y que envuelve para toda la clase médica una importancia capital, puesto que representa una amenaza más de enfermedad en un país donde las enfermedades diezman nuestra población, y donde la lucha contra las epidemias actuales presenta bastantes escollos, sin que una nueva entidad patológica la dificulte aun más. Nos referimos al problema de la tuberculosis en el ganado vacuno de Puerto Rico, precursora cierta de una epidemia de tuberculosis ósea, articular y glandular en nuestra población infantil, que debemos de todos modos tratar de contrarrestar en su principio.

Esta nueva amenaza ha venido a Puerto Rico con la importación del ganado americano. En el ganado del país, la tuberculosis era casi desconocida. La abundancia de luz solar y la vida al aire libre de las vacas lecheras del país, nos daba la seguridad de que este ganado se mantenía libre de la tuberculosis; pero con la reciente importación del ganado americano en la isla, ha venido la tuberculosis a contagiar nuestro ganado vacuno y a ofrecer un nuevo peligro a nuestra niñez. Nuestros ganaderos compran vacas americanas con certificados donde se dice que estas vacas han recibido la prueba de tuberculina, y que están libres de tuberculosis; pero al poco tiempo de estar aquí la vaca americana, un cierto número de ellas desarrollan síntomas de enfermedad y las pruebas de tuberculina aplicadas últimamente por veterinarios del Departamento de Agricultura y Trabajo y del Departamento de Sanidad, así como las autopsias practicadas, no dejan lugar a duda sobre el hecho de que esta enfermedad es en muchos casos tuberculosis. Sobre si la tuberculosis de este ganado americano fué adquirida aquí, debido a la pérdida de resistencia ocasionada por un cambio de clima; o si fué importada de los Estados Unidos, no nos atrevemos opinar por no tener las pruebas suficientes; pero hay posibilidades de que en algunos de estos casos el ganadero puertorriqueño haya sido víctima de un engaño, adquiriendo vacas tuberculosas, y en la creencia y con la garantía escrita del vendedor de que eran vacas saludables.

La importancia de que exista tuberculosis en el ganado vacuno de Puerto Rico, proviene, como dijimos al principio, del peligro de que tan temible enfermedad pueda propagarse, por medio de la leche, a un gran número de nuestros ni-

(*) Leído ante la Asamblea Anual.—Dbre. 22 1929.

ños. Sabido es que ciertas formas de tuberculosis infantil, tales como la tuberculosis ósea, la glandular, la articular y la intestinal, se adquieren especialmente ingiriendo la leche de vacas tuberculosas.

Estas formas de tuberculosis, aunque no comunes todavía, son menos raras en Puerto Rico de lo que generalmente se cree. En el año fiscal próximo pasado, se asistieron en el dispensario de tuberculosis de Santurce, once casos de tuberculosis glandular, y dos de tuberculosis ósea, todos en niños. Que estos casos van en aumento, es evidente para todo médico que se dedica a tratar numerosos casos de tuberculosis.

En el mes de diciembre del año 1926, los veterinarios doctores Alfonso Rivera y Juan Varas Catalá, practicaron pruebas de tuberculina en 81 cabezas de ganado en la Central Fajardo, obteniendo 16 reacciones positivas, o sea una proporción de tuberculosis de cerca de un 20%.

A la vez se hicieron dos autopsias en ganado vacuno de la misma Central, hallándose extensas lesiones tuberculosas en ambos casos.

Esta experiencia fué motivo para una comunicación del ilustrado Sub-Comisionado de Agricultura, Dr. Jaime Bagué, a la Escuela de Medicina Tropical. En esta comunicación que apareció más tarde en la Revista de Agricultura de Puerto Rico, el doctor Bagué planteó luminosamente y por primera vez, el problema de la tuberculosis en el ganado del país.

Más tarde (en el mes de octubre de 1929) uno de nosotros, el doctor Alfonso Rivera, practicó la prueba de tuberculina en 160 cabezas de ganado en el Sanatorio Insular, obteniendo dos pruebas positivas. Estas dos reses fueron sacrificadas, y la autopsia reveló lesiones avanzadas de tuberculosis.

Más recientemente todavía, en el mes de noviembre de este año, el Dr. Rivera practicó pruebas de tuberculina en 208 reses de Río Piedras, resultando que 42 de ellas reaccionaron positivamente. Todas las reses que dieron pruebas positivas de tuberculina, fueron sacrificadas. En 7 de ellas se practicaron autopsias, que revelaron lesiones avanzadas de tuberculosis en lo pulmones, en el peritoneo, la pleura, el bazo, el útero y las glándulas linfáticas.

Ya existe la convicción entre los veterinarios más autorizados del mundo, de que los rayos solares no inmunizan efectivamente al ganado contra la tuberculosis, y de que el hecho de que las vacas vivan al aire libre, no constituye una protección absoluta contra la invasión del bacilo de Koch.

J. F. Devine del Colegio de Veterinarios del estado de New York, dice lo siguiente, en su libro titulado "Bovine Tuberculosis":

"Existe la opinión entre algunos de que el ganado vacuno que nunca ha vivido en establos, y cuyos antecesores tampoco han vivido en establos por varias generaciones, no pueden padecer de tuberculosis. Esto no es cierto. He hallado varios ejemplos en los cuales el ganado vacuno que pastaba al aire libre estaba severamente afectado de tuberculosis. En la parte sur de California, en 1910, el doctor A. R. Ward practicó la prueba de tuberculina en 1,000 cabezas de ganado que pastaban al aire libre, y halló que el 10% de este ganado dió pruebas positivas de tuberculina."

Después añade el mismo autor:

"En El Paso, Texas, donde el ganado

(*) Leido ante la Asamblea anual Diciembre 22, 1929.

vacuno está al aire libre casi continuamente, el veterinario municipal informa que las primeras pruebas de tuberculina practicadas en el ganado vacuno que suple de leche a la ciudad, demostraron que 10% de este ganado padecía de tuberculosis. Pruebas subsiguientes de tuberculina dieron de 2 a 5% de positivas. Algunos hatos mostraron de 18 a 20% de positivos de tuberculosis."

SINTOMAS

¿Cuáles son los síntomas que denuncian la presencia de la tuberculosis en el ganado vacuno?

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos, en una circular a los agricultores, titulada "Tuberculosis in Live Stock", les hace la siguiente advertencia:

"En la mayor parte de los casos, la apariencia exterior del animal tuberculoso no tiene relación alguna con el grado de infección. La enfermedad se desarrolla con frecuencia de manera tan lenta, que en algunos casos puede que pasen varios meses, antes de que aparezcan los primeros síntomas".

Los Sres. C. M. Harin y J. Traum, del Colegio de Agricultura de la Universidad de California, dicen, en una circular fechada agosto 1928: "Síntomas de la Tuberculosis en el Ganado Vacuno". "No hay ningún síntoma en el cual se pueda tener confianza. Un hato de ganado puede estar severamente infectado, sin que ninguna de las reses demuestre síntoma alguno de mala salud. La tuberculosis puede atacar casi cualquier organismo del cuerpo; pero hasta que no haya progresado a un estado avanzado, puede no haber signo visible de ninguna clase".

En ciertos casos avanzados, se presentan síntomas notables, que describe así el Dr. Jaime Bagué en la Revista de Agricultura de Puerto Rico:

"Generalmente un estado de caquexia o desnutrición; inflamación de las glándulas linfáticas superficiales de la garganta, la ubre y el hombro; el pelo erizado; accesos de tos seca que obligan al animal a asumir posiciones violentas para dar amplitud a los pulmones y evitar una respiración excesiva y dolorosa; la formación de gases en el aparato digestivo y la presencia de diarrea".

PRUEBA DE TUBERCULINA

En vista de que los síntomas de la tuberculosis vienen de manera tan tardía en el ganado vacuno, ¿existe algún modo de hacer un diagnóstico sin esperar a que se desarrollen los síntomas? Este medio existe en la prueba de la tuberculina. La prueba de la tuberculina se considera como el más eficaz medio de diagnóstico cuando se trata de determinar la existencia de tuberculosis en el ganado.

Respecto al valor de la prueba de tuberculina en el ganado, dicen los señores C. M. Haring y J. Traum, antes citados:

"La reacción de la tuberculina, es el mejor medio que existe al presente para diagnosticar la infección tuberculosa en el ganado. Hay varias razones por las cuales esta prueba especial es necesaria. A menos de que el ganado esté severamente enfermo, regularmente no muestra síntomas algunos de mala salud. Casi cualquier organismo del cuerpo puede ser atacado, pero hasta tanto el proceso anormal ha progresado lo bastante para intervenir seriamente con alguna función del organismo, no se pueden hallar síntomas. El espesor de la piel y de las paredes toráxicas, hace sumamente difícil el diagnosticar una condición patoló-

gica en el pulmón de la res, por medio de la auscultación, siendo así que esto es comparativamente fácil en los seres humanos".

"El Departamento de Agricultura y Trabajo de Estados Unidos, en su "Farmers Bulletin", No. 1069, hace las siguientes declaraciones con respecto a los métodos de diagnóstico en el ganado vacuno:

"A veces se hacen exámenes microscópicos del esputo, la leche y las heces de un animal, para determinar la presencia de tuberculosis, y hacer un diagnóstico; pero después de muchos años de experiencia, la prueba de la tuberculina se considera hoy como el medio más práctico y satisfactorio que existe para descubrir la enfermedad en el animal vivo."

La prueba de tuberculina es, pues, el medio principal de diagnóstico cuando se trata de averiguar la presencia de tuberculosis en el ganado vacuno. Es de mayor importancia que el exámen clínico, y constituye un medio eficacísimo de des cubrir la enfermedad.

Hay tres maneras de aplicar la prueba de tuberculina. He aquí como las describen Haring y Traum, de la Universidad de California:

1.—El método intradérmico que consiste en inyectar de dos o tres gotas de tuberculina dentro de la piel El sitio que prefieren por lo general los veterinarios, es la piel que queda en el extremo subcaudal de la cola.

Una reacción positiva se demuestra por un edema de la piel. Esto se observa de 48 a 120 horas después de la inyección.

2.—La prueba subcutánea que consiste en inyectar de dos a cuatro centímetros cúbicos de tuberculina diluída debajo de la piel del hombro. La reacción consiste en una subida de la temperatura de 8 a 20 horas después de la inyección, y algunas veces por depresión, ligera diarrea, pequeños escalofríos, etc.

3.—La prueba oftálmica que consiste en colocar debajo del párpado, un pequeño disco de lactosa con tuberculina, o en aplicar una gota de tuberculina concentrada en el ojo.

El mejor método consiste en hacer dos instilaciones con dos o tres días de intervalo.

La reacción consiste, en una pequeña inflamación del ojo y una exudación de pus que pasa, regularmente, a las pocas horas.

Ultimamente se está practicando una combinación del método intradérmico y el método oftálmico. Los resultados obtenidos por esta combinación de métodos, parece ser muy superior a cualquiera de los que se obtienen por cualquiera de los métodos por separado.

No hemos dicho nada sobre la patología de la tuberculosis en el ganado. Vamos a presentar algunos especímenes tomados de autopsias practicadas por nosotros recientemente. Tales demostraciones os dirán más que todo lo que nosotros pudiéramos explicarnos en esta tésis.

La tuberculosis en el ganado vacuno asume regularmente la forma de nódulos caseosos, que se notan en gran abundancia en las serosas, muy especialmente en el peritoneo y la pleura, en el parénquima del pulmón, en el mediastino y en el hígado y el bazo.

En el ganado del país que sufre de tuberculosis, no revela la autopsia lesiones tan extensas como las que se ven en el ganado americano. En una autopsia recientemente practicada en una vaca del país, solamente se hallaron lesiones en el útero. En las vacas americanas, las lesiones a menudo son extensísimas, y es común la forma de tuberculosis perlada

del peritoneo, así como lesiones extensas en el pulmón y numerosos nódulos tuberculosos en las costillas.

¿Qué puede hacer el médico para proteger la población infantil de Puerto Rico, contra el peligro de la leche de vacas tuberculosas? Tenemos ante todo el deber de educar a los padres en el sentido de que hiervan la leche antes de darla a sus niños, en aquellas poblaciones donde no sea posible conseguir leche pasteurizada. Debemos también hacer comprender a los ganaderos, la conveniencia de aplicar la prueba de tuberculina a su ganado para beneficio propio y de la comunidad. La iniciativa particular del médico es tan necesaria en este problema, como la del Departamento de Sanidad. El médico particualr debe ver el problema desde el punto de vista de un posible aumento en la tuberculosis infantil, y es su deber proteger por medios educativos a su clientela contra la amenaza de tan terrible enfermedad.

SIMPATECTOMIA PERI-ARTERIAL EN LA ELEFANTIASIS.

Dr. R. LOPEZ NUSSA (*)

El doctor López Nussa da cuenta a la Asamblea con un informe preliminar acerca de la simpatectomía peri-arterial practicada en la arteria fermoral en tres casos de elefantiasis. Empieza hablando del método de Weiss usado hace 15 años y que consistía en inyectar agua hirviendo y de la decorticazión que fué usada quizá por primera vez en Cuba. Explica el supuesto mecanismo de la operación de Kondoleon y cree que la simpatectomía peri-arterial puede ser eficaz como una ayuda a la operación de Kondoleon, mejorando la circulación y como consecuencia aumentando la presión de la linfa en los tejidos haciendo más fácil su absorpción por medio de los vasos linfáticos profundos.

El primer caso lo operó hace 3 meses y el último hace sólo 3 días. Con anterioridad a la operación los pacientes se retuvieron en cama durante 3 semanas. En el primer caso antes y en el segundo después del Kondoleón le practicó también varias incisiones en la piel. En el segundo caso la reducción del tamaño de la pierna fué de 38cm. a 34½ al nivel de la pantorrilla y de 28 cm. a 25½ al nivel del tobillo. No puede llegar a conclusiones definitivas todavía.

(*) En la Asamblea de Guayama celebrada en Cayey.—Marzo 9, 1930.

Ingresos en la cuenta del Edificio de la Asociación, desde Enero 20 *a Marzo* 10 *de* 1930

Feb.	3 —	Dr. E. Quintero	$25.00
"	4 —	" J. M. Quiñones .	25.00
"	13 —	" J. F. González ..	100.00
"	13 —	" A. Valecillo	25.00
"	13 —	" J. R. Laugier ...	10.00
"	14 —	" B. R. Ashford ..	25.00
"	15 —	" A. Mayoral	25.00
"	18 —	" L. Moczó	20.00
Mar	5 —	" J. del Toro	10.00
"	5 —	" R. Vélez López ..	15.00
"	7 —	" Serra Chavarri .	50.00
"	7 —	" F. Alfaro Díaz .	10.00
"	9 —	" E. Canino	43.00

PANCREATITIS AGUDA, COMPLICACION DE COLELITIASIS

DR. J. M. ARMAIZ.

A principios de enero del año en curso, trajeron al Hospital Municipal de Vega-Baja al paciente H. B., de 39 años de edad, con dolores agudos en la región epigástrica, más intensos al hacer presión sobre la región de la vesícula biliar; frecuentes vómitos; facies de un proceso abdominal agudo; región epigástrica algo rígida; sudor y frialdad periférica; pulso de 83 por minuto, débil y bastante rápido; temperatura, 38.03°; lengua algo saburrosa y algún mal aliento. Había estado estreñido durante los últimos días, pero después de aplicársele una enema de lavazas de jabón de Castilla, evacuó y expulsó gases.

Presentaba un tinte subictérico en las conjuntivas y córneas, llamándome la atención la presencia de manchas pigmentosas, color bronceado, en distintos puntos de la piel y alguna cianosis en los labios y cara.

Además, había la historia de haber padecido anteriormente de estos dolores, aunque no tan fuertes como ahora.

Se le aplicó una inyección de morfina 1.4 gr. y atropina, 1|150 gra., recibiendo muy poco alivio.

Dado lo urgente del caso, hicimos un diagnóstico provisional de cólico hepático con probable complicación pancreática.

Las manchas pigmentosas que noté en su cuerpo y extremidades, me hicieron sospechar esto último, recordando que el doctor Deaver pone gran énfasis en este síntoma, cuando otros factores en el diagnóstico corroboran la sospecha de una pancreatitis.

Se sabe que una pancreatitis es casi siempre secundaria a otro proceso patológico de las vísceras adyacentes a este órgano y, especialmente, a la obstrucción de la ampolla de Vater, en su salida al intestino, con regurgitación de bilis séptica al páncreas, excepto en los casos poco frecuentes en que se presenta como complicación de una parotiditis aguda epidémica.

Halstead fué el primero que hizo notar la relación de las manchas bronceadas en el cuerpo y extremidades del paciente y el color cianótico de los labios y cara en los casos afectados de pancreatitis y, más tarde, Deaver lo confirmó en los casos que él operara cuando el páncreas estaba afectado.

Cuando no hay una pancreatitis, no importa el proceso patológico que envuelva a cualquiera de las vísceras adyacentes, no se encontrarán estas manchas y, casi podríamos decir que éste es un síntoma patognomónico de esta enfermedad. Dice también Deaver que a menos que se hayan visto previamente por el cirujano, dos o tres casos consecutivos de pancreatitis o se tenga latente en mente el cuadro clínico de este proceso, rara vez se hace una diagnóstico correcto.

OPERACION.

Con la región gastro-hepática algo levantada, se hizo la incisión clásica en forma de "S" para llegar a la vesícula y poder explorar las vísceras adyacentes. Al incindir el peritoneo encontramos un exudado obscuro en la cavidad abdominal. Hayamos también cálculos de distintos tamaños en la vesícula y conducto colédoco, estando éste algo inflamado y grueso.

Después de haber extraído cuidadosamente los cálculos, arenilla y bilis viscosa que habían alojados en la vesícula, en el conducto cístico y en el colédoco,

establecimos un drenaje y procedimos a explorar el apéndice, el estómago y el duodeno, encontrando normales los dos primeros y una ligera duodenitis en el segundo.

Mediante una incisión que se hizo a través del omento-gastro-cólico, echando un poco el estómago hacia arriba, expusimos el páncreas el cual estaba inflamado, de un ligero color purpúreo y con algunos focos necróticos.

Hicimos ligeras incisiones superficiales en estos puntos de necrosis, secamos el líquido, habiendo protegido antes debidamente el peritoneo y establecimos el drenaje.

Esperábamos un desenlace fatal, como ocurre en la mayor parte de estos casos, pero el paciente fué recuperando lentamente, habiéndose dado de alta dos meses después.

El interés que despertó en mí este caso, me hizo consultar después a varios autores acerca de sus experiencias en casos parecidos, ya que la urgencia del momento no me lo permitió hacer antes de proceder, a la operación, y he recopilado algunos de estos datos que creo sean de interés y que estimularán a los cirujanos de larga experiencia que haya aquí presentes a exponer sus puntos de vista en casos similares, mejor que lo que pueda hacer un neófito en el campo de la Cirujía, como el que tiene el honor de dirigiros la palabra.

Moynihan dice que una pancreatitis aguda "es la más terrible de todas las calamidades que ocurren en relación con las vísceras abdominales. La agonía intensa que le acompaña y la alta mortalidad que le sigue, le hacen la más formidable de las catástrofes."

McCarthy afirma "que hay un complejo mecanismo formado por un número de órganos, casi al comienzo del tubo gastro-intestinal, que actúan como si fuesen uno sólo fisiológicamente y, muchas veces, patológicamente también él llama a este mecanismo "el sistema gastro-duodeno-hepático-pancreático." Según Truter, el páncreas no es el menos importante de los órganos que forman este sistema, siendo la más poderosa de las glándulas secretoras para la digestión. Sin embargo, afirma, que aún nos falta mucho por saber de sus trastornos fisiopatológicos.

Boyd asegura "que el término pancreatitis hemorrágica, no es adecuado, porque no siempre hay la hemorragia y no siempre es una pancreatitis. Que el término necrosis pancreática aguda describe mejor el proceso'..

Varios nombres se han dado al estado agudo del páncreas, a saber:

1—Pancreatitis hemorrágica aguda.

2—Pancreatitis aguda supurada.

3—Apoplejía pancreática.

4—Pancreatitis gangrenosa.

Todos estos términos no son sino diferentes manifestaciones de un mismo proceso patológico.

Las rutas por las cuales pueden llegar al páncreas las materias irritantes o infecciosas que puedan originar una pancreatitis son varias:

1—El sistema sanguíneo.

2—El sistema linfático.

3—Por contigüidad de una úlcera duodenal o gástrica.

4—Por los conductos biliares y pancreático.

5—Por regurgitación duodenal.

La teoría linfática sugerida primero por Arnsberger y luego corroborada por John B. Deaver, consiste en que la infección pasa de la vesícula al páncreas y como consecuencia tenemos:

1—Una colecistitis.

2—Una linfangitis.

3—Una linfadenitis a lo largo de los conductos cístico y común.

4—Una linfadenitis peripancreática y,
5—Ultimamente, una pancreatitis.

Si el flujo pancreático va normalmente del páncreas a los conductos biliares, de la única manera que esta teoría podría justificarse, sería si el receptáculum Chyli o cisterna de Pecquet estuviera obstruído por algún proceso inflamatorio y, según Deaver, esto es justamente lo que ocurre.

Investigadores en estos asuntos no dudan que la materia irritante o séptica puede pasar del conducto biliar al páncreas y que esta materia consiste de bilis infectada o contenido duodenal, especialmente, si se arrastra consigo al colibacilo.

Los componentes principales de la bilis, según ha demostrado Flexner, son las sales biliares, particularmente el ácido taurocólico. El ha demostrado también que los coloides, como la mucina, ejercen una acción protectora en el páncreas, de manera que en los catarros crónicos, de la vesícula en los cuales el contenido de la mucina ha aumentado, si la bilis ha entrado por el conducto pancreático, la reacción resultante en este órgano será de carácter completamente subagudo o crónico y con síntomas clínicos benignos. Por el contrario, si hay reflujo de bilis infectada al páncreas, no existiendo exceso de mucina, se perdería esta acción protectora y, como consecuencia, tendríamos una pancreatitis aguda.

Opie sostiene que un cálculo alojado en la ampolla de Vater, es la causa predisponente al reflujo de bilis en el conducto pancreático, pero, sin embargo, en muchos casos de pancreatitis no hay cálculos biliares presentes, bien en la vesícula, en su conducto o en la ampolla Vater.

Archibald, por el contrario, dice que esta teoría no da la clave de la etiología de una pancreatitis aguda. El demostró experimentando en gatos que un espasmo en el esfínter de Oddi (que se encuentra en la salida del conducto común) causa una tensión retroactiva en la vesícula con regurgitación de bilis en los conductos pancreáticos y en el páncreas. Si en un caso como éste la bilis está infectada, produciría inmediatamente una pancreatitis aguda; pero no estándolo, solamente se produciría una irrigación del páncreas, sin resultados nocivos para este órgano. También demostró el que si se aplica ácido clorhídrico diluído a la superficie duodenal de la ampolla Vater, causa esto espasmos en el esfínter de Oddi. Esta observación es de interés, porque a veces resulta una pancreatitis aguda, después de ingerir una gran cantidad de alimentos en una sola comida.

Mann probó, después de llevar a cabo doscientas autopsias consecutivas, en las cuales el páncreas, el duodeno y los conductos biliares fueron extraídos cuidadosamente, en masa, que solamente en 4.5 por ciento de ellos se encontró que los conductos pancreático y colédoco se unían formando uno solo y como tal vaciaban en la ampolla de Vater. Comprobó, además, que el conducto pancreático estaba provisto de un esfínter en su entrada al duodeno y que a menos que haya una constricción en la ampolla de Vater, la bilis no puede entrar en el conducto pancreático cuando la presión es normal. El inyectó bilis obtenida de vesículas de cabritos, después de comprobar la analogía anatómica de los conductos biliares y pancreáticos de estos animales y de los casos de postmorten por él autopsiados y esta bilis no causó pancreatitis, a menos que se ejerciera una gran presión, en muchos casos, hasta el punto de traumatizar la glándula. Por supuesto, que estos experimentos se llevaron a cabo en animales sanos y con bilis esterilizada.

Sin embargo, cuando un sistema gastro-duodeno-hepático-pancreático, ha sido irritado por mucho tiempo por algún o algunos procesos patológicos, como por ejemplo, una colecistitis crónica o una colelitiasis o una úlcera duodenal o bien una regurgitación de bilis al conducto pancreático, tendríamos como consecuencia una pancreatitis tarde o temprano.

Aunque no se sabe con exactitud la manera como entra la bilis en el tejido pancreático, se conoce, sin embargo, su "modus operandi" en dicho tejido. El tripsinógeno inactivo se convierte en tripsina activa, ocurriendo este proceso normalmente en el duodeno y esta tripsina digiere el tejido pancreático y causa en él una necrosis adiposa. Este proceso es seguido por una muerte rápida, si no se detiene a tiempo.

Según Boyd, la causa de muerte en una pancreatitis aguda, se debe a una intensa intoxicación del paciente, producida por el desdoblamiento de productos protéicos y la absorción de éstas. Dichos productos son consecuencia de la digestión parcial del tejido pancreático Ocurre este mismo proceso en los casos fatales de una obstrucción intestinal alta, según ha demostrado Whipple.

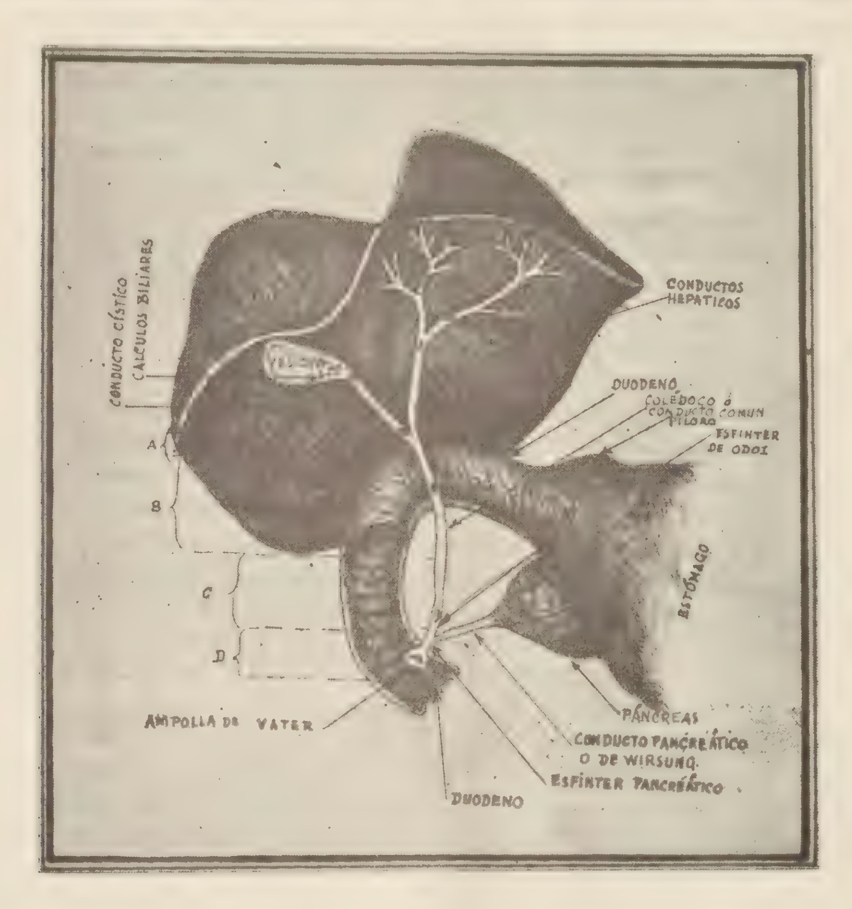
Sistema Gastro-Duodeno-Hepático-Pancrático.

A Parte supraduodenal del colédoco.

B Parte retroduodenal del colédoco.

C Parte pancreática del colédoco.

D Parte intramural del colédoco.



Referencias: Moynihan, Surgical Operations; Deaver and Ashhurst, Surgery of the Upper Abdomen; Robson, The Pancreas; Keen, General Surgery; Haldstead, Acute Pancreatitis; McCarthy, The Gastro - duodenal - hepatic - pancreatitic System; Truter, The Diagnosis of Acute Pancreatitis; Boyd, Acute Pancreatic Necrosis; Arnsberger, The Lymphatic Theory of Pancreatitis; Flexnor, Mechanism of Acute Pancreatitis; Opie, Theory of the Etiology of Pancreatitis; Archibald, Experiments on Acute Pancreatitis; Mann, Two Hndreds Experiments Post-mortem operations on the Pancreas and Anexa; Mayo, Clinics; Printy, Surgical Technique; Dacosta, Surgery; Murphy, Surgery; Deaver, Surgical, Anatomy; Pierson, (Surgical) Anatomy; Gray, (Surgical) Anatomy.

EL CORAZON DE LOS TUBERCULOSOS (1)

Se ocupa en este trabajo el Prof. Romano de los trastornos cardiovsculares que origina la bacilosis pulmonar, de indudable interés pronóstico.

La taquicardia es uno de los síntomas más precoces que se observa en un 80 por 100 de los casos, encontrándosela en todos los períodos y formas clínicas de la afección. Además se observa instabilidad del pulso. La taquicardia persistente es de un mal pronóstico.

En cuanto a la tensión arterial, hace notar su considerable importancia pronóstica: una presión habitualmente normal o superior a la normal tiene una significación favorable; lo mismo que cuando una presión antes baja se eleva; si una presión arterial, primero normal, desciende en el curso de la enfermedd, el pronóstico se ensombrece; una presión constantemente baja es de mal augurio.

Sin pretender establecer estadísticas sobre el tipo predominante de corazón, se ocupa del estudio de los tipos que más comunmente se observan en el curso de la tuberculosis pulmonar crónica, llegando a las siguientes conclusiones:

1º El corazón estrecho, mediano vertical, no es de ningún modo patognomónico de la tuberculosis pulmonar, como lo pretenden ciertos autores, sino un síntoma parcial del hábito asténico.

2º El corazón pequeño, es decir, aquel cuyos diámetros son menores que lo establecido en las tablas, de acuerdo al peso, altura, edad, sexo, es raramente observado en tuberculosos, 2 veces sobre 38 enfermos en nuestra casuística; y tampoco es patognomónico de la tuberculosis, porque se lo ha encontrado en otras afecciones.

3º En la tuberculosis pulmonar crónica no muy avanzada y sin complicaciones, el corazón es de tamaño y configuración normal, pero siempre que se trate de sujetos bien constituídos.

4º En las tuberculosis fibrosas de larga evolución el corazón aumenta de volumen, particularmente a expensas del ventrículo derecho que se halla hipertrofiado.

Clínicamente es notable, en estos casos, el reforzamiento marcado del segundo tono pulmonar y radiológicamente el corazón adquiere la típica configuración en Zueco.

5º Cuando el corazón derecho comienza a claudicar, aparecen los pequeños síntomas de la insuficiencia ventricular derecha y radiológicamente su imagen va adquiriendo la configuración triangular, patognomónica de la dilatación del ventrículo derecho.

Cuando la insuficiencia se agrava se establecen los graves fenómenos de la gran insuficiencia ventricular derecha, que comportan siempre un pronóstico sombrío. En estos casos, el ventrículo izquierdo también se dilata, adquiriendo la imagen radiológica la configuración de la insuficiencia cardíaca derecha e izquierda, pero con predominio, en general, del corazón derecho.

DR. N. ROMANO

(1) **Anales Médicos Argentinos.** No. 5, 1929; ref.: "Revista Méd. Lat. Am."

Los Rayos X como medio de diagnostico en el Embarazo

Demostraciones Radiográficas

POR A. ORTIZ ROMEU, M. D.
San Juan, P. R. (*)

El título de este trabajo abarca un concepto bastante extenso; insinúa una generalidad que no es mi intención escudriñar en sus múltiples ramificaciones. De las tantas cosas provechosas y de las tantas maravillas que nos podría revelar este procedimiento—desde una placa corriente con un feto a término, amplios detalles de su estructura ósea, y posición normal, hasta el diagnóstico de una fractura intrauterina de alguna extremidad o del cráneo, traumática o espontánea, o hasta la clásica observación de una ruptura parcial del útero donde demuestra el roentgenograma dos areas de densidad diferente, una dentro y otra fuera del útero con su línea de demarcación en indiscutible contraste, etc., etc.—, yo solamente podría presentar a ustedes, de modo sencillo y práctico, algunos casos de rutina en que he podido confirmar gemelos, presentaciones sacrales, vértice, cara, transversas, gestación en apariencia a término que no lo estaba, presencia de embarazo a quien insistentemente lo negaban—de suma importancia en medicina legal—, cambios de posición y presentación fetal, deformidad de la pelvis materna, embarazos espúreos, etc., ejemplos de los cuales iré presentando más adelante a modo de poder explicar claramente los beneficios que podríamos obtener con el uso rutinario de la histero-roentgenografía de la gravida o parturiente.

Después de todo, lo esencial es saber que radiografiando todos los casos de embarazo, y aún durante el parto mismo podríamos obtener muy importantes conclusiones, en cuanto al diagnóstico, en unos y en otros en cuanto a procedimientos o intervenciones a seguir, aún cuando el examen obstétrico de antemano nos haya demostrado la presencia de una buena posición con un feto vivo. A este respecto veamos, por ejemplo, el caso de un anencéfalo. Durante el sexto o séptimo mes, o antes en muchos casos, un embarazo anencefálico, al examen rutinario de la clínica puede hacer evidente una presentación de vértice anterior y un corazón fetal audible en su región correspondiente; todo en apariencia normal, mas sin embargo, si tomamos una radiografía nos convenceríamos de la existencia de un especimen teratológico, y por cierto la práctica a seguir en tal caso quedaría por tal procedimiento radicalmente invertida, ¿pues a qué permitir que progrese un embarazo en tales condiciones, martirizando a la mujer con los riesgos del mismo y los de un parto espontáneo para obtener una criatura que si nace viva no habrá de subsistir; cuya única misión sería su conservación en un receptáculo de cristal para hacer fila en una colección de teratológica? Lo mismo podríamos decir de un hidrocéfalo o de cualquiera otra monstruosidad.

En los últimos diez meses hemos tenido en el Hospital de Maternidad de San Juan más de media docena de especímenes teratológicas las cuales llegaron a dicha institución en una etapa del embarazo bien cerca, más o menos, del parto a término. Una radiografía al sexto o séptimo mes—posiblemente al quinto, aunque en mi experiencia no tengo prue-

(*). Leído ante la Asamblea anual.—Dbre. 22,1929.

bas para confirmarlo — ¿no hubiera sido una bendición para esas madres que llevaron en su seno seres predestinados a la muerte casi segura, en su etapa pre, neo, o post-natal, con todos los peligros correspondientes a la gravidez y al parto, como dijimos antes, todo lo cual pudo haberse evitado provocando el aborto o el parto prematuro tan pronto confirmada la anormalidad? Yo lo creo que sí.

Podemos ver, pues, el mérito indiscutible de la radiografía durante la preñez, como medida rutinaria de diagnóstico, y esto, sin mencionar los casos sospechosos, pues en tal situación la indicación es absoluta, según mi creencia y sin pecar de exagerado diría que es imperdonable. Supongamos que en otro extremo, se nos presentase un caso como estos mencionados, en que a tal grado llegase la estrechez pélvica que hiciese la consideración de una celiohisterotomia, absoluta, sin otro recurso para la garantía de la subsistencia de una nueva vida, y realizásemos dicha operación, ¿no nos sería doloroso haber expuesto a una madre los graves riesgos de una sección abdominal para entregarle como recompensa a sus sufrimientos, frustrados nuestros esfuerzos científicos, el certificado de muerte de su hijo? Circunstancias serían éstas, que aunque raras no admitirían la más ligera insinuación de una apología reconciliadora con la ciencia. No deja de ser lamentable que en los textos y demas literatura no se acentúe con énfasis, tal como se hace, por ejemplo, con el uso de la pituitrina antes y durante el parto, la indiscutible ventaja de la roentgenografía fetal *in utero* antes de una intervención de esta índole. Este es un punto que deseo hacer resaltar en la práctica moderna de la obstetricia, y yendo quizá un poco más lejos aún, yo calificaría de imperdonable el practicar una sección cesarea sin antes someter la paciente a un estudio radiográfico. Una ley a este respecto, en defensa de la madre, sería realmente plausible. Desde luego, hablo considerando el status actual del ambiente en que se desenvuelven nuestras modernas actividades médicas. No hay cirujano que no aprecie la bondad de un contaje total antes de operar un caso de apendicitis; y cuidado si no lo considera imprescindible. Y si una radiografía convenciese a un cirujano de lo irracional en practicar una cesarea en un feto predestinado a la muerte segura como un anencéfalo por ejemplo, amen de la exposición materna, ¿no sería acaso esta práctica rutinaria, una bendición para la tranquilidad espiritual del profesional consciente? Es justo también que haga una excepción de ciertas condiciones especialísimas ante una considerable estrechez pélvica, en que por los intereses de la vida materna, sea ésta la única operación a seleccionar; porque las hay.

Hay otro aspecto de la histeroroentgenografía, a la que sólo deseo llamar vuestra atención por los lisonjeros resultados que se están obteniendo en diferentes clínicas europeas y americanas. Consiste en el diagnóstico precoz del embarazo realizado después de inyectar la cavidad del útero con substancias que al reflejar su sombra en la radiografía, hace evidente tras el contorno de la cavidad, la probabilidad de un embarazo, un fibroma submucoso, un tumor extrauterino, preñez tubárica con ruptura, etc. Todo esto desde luego, requiere conocimientos especiales del dominio del radiólogo casi exclusivamente, o de una combinación del ginecólogo y el radiólogo, a lo más. No es ese el camino que yo me he trazado, no he tenido experiencia alguna, ni la oportunidad de estudiarlo con la cooperación imprescindible de un radiólogo.

Nahmacher de Alemania usa para estos casos una solución de iodipín al 40 por

ciento en sus estudios histerosalpingográficos y dice en parte con relación al diagnóstico precoz del embarazo: "Al principio creíamos que esta cuestión no pertenecía al campo de los examenes roentgenológicos, pero nuestra experiencia en varios casos en que el embarazo debía ser interrumpido y en los cuales por razones científicas empleamos nuestra técnica con iodipín, nos ha llevado a modificar nuestra actitud anterior porque encontramos que el hecho de obliterar la cavidad uterina con iodipín en los primeros meses del embarazo no conducía al aborto". Después sigue en algunas consideraciones sobre las posibles indicaciones y termina diciendo: "Por lo tanto creemos que con el suficiente cuidado y en casos seleccionados los histerogramas pueden servir para el diagnóstico precoz de la preñez". De modo, pues, que aquí tenemos una faz muy interesante de la radiografía en la etapa ovular del embarazo, y quizá en la embrionaria temprana—cuando la caduca capsular no haya cubierto toda la cavidad uterina, o que dejase la mayor parte a descubierto, me parece lógico inferir—,mas, sin embargo, admito, aventurando una opinión personal, que aún siendo factibble esta práctica como rutinaria no nos habría de conducir a ningún sitio, salvo casos excepcionales en que alguna operación pudiera o debiera estar contraindicada con la idea de no destruir al ovum en presencia de una confusión, o duda justificada por nuestra imposibilidad en hacer un diagnóstico precoz por los medios rutinarios Pero aún en estos casos, no siendo una emergencia, nada costaría esperar, y si lo costara, con riesgo para la vida de la madre, constituiría ello una emergencia, y esta por fuerza lógica se haría dueña de la situación. En esta categoría tendríamos por ejemplo un caso de histerectomia debido a la presencia de un fibroma, pero aquí, siendo el fibroma una condición benigna en nada sería contraproducente esperar, y si hay posibilidades de permitir que el embarazo llegue a término, estaría indicado esperar. La histerografía no resolvería aquí ninguna cuestión de importancia. En otro extremo si tenemos un caso de carcinoma del cuello en una mujer supuesta embarazada, y deseamos instituir el tratamiento de rayos X o radium, en nada sería razonable contemplar, ni la posibilidad ni la necesidad de que esa mujer llegara a los ocho o nueve meses para que tuviese o se le extrajese un feto viable, y pensar así, de tal modo, en que por este motivo la irradiación terapéutica estaba contraindicada, que seguramente habría de causar deformidades o trastornos mentales en el futuro ser—que sería los menos que podría sucederle — o de destruirlo por completo a esa edad de gestación.

Me he alejado un poco de mi propósito de este artículo, pero la digresión no está del todo de más, aunque sea, como ha sido, una somera discusión del actual estado de la radiografía en los primeros meses del embarazo, ya que estábamos discutiendo su empleo como medio de diagnóstico en los últimos meses, que es cuando nos proporciona indiscutibles valores en la obstetricia contemporánea.

En relación con el supuesto perjuicio que constituye la irradiación del feto en su lecho intrauterino puedo aducir que la literatura actual no considera peligro alguno cuando se practica para fines de diagnóstico, siempre y cuando estos no sean repetidos con frecuencia Opino que ni está indicado, ni es necesario usarlos con frecuencia. Con una placa alrededor del quinto o sexto mes y otra a fines del noveno, nos bastaría para cerciorarnos:

(1) Con la primera placa:
- (*a*) Estructura osea fetal.
- (*b*) Deformidades de la pelvis materna.
- (*c*) Embarazo múltiple.

No considero aquí mayor importancia a la posición y presentación revelada por la placa, pues quedan aún varios meses durante los cuales pueden éstas variar casi caprichosamente en todas las direcciones posibles, como he podido corroborar en este estudio, y que demostraré más adelante con la exhibición de las radiografías.

(2) Con la segunda placa:

(*a*) Confirmación de los hallazgos anteriores.

(*b*) Exactitud de la presentación, que a toda probabilidad habrá de persistir, pues para esta época las variaciones en la presentación son raras.

(*c*) Certeza relativa en lo que respecta a la posición. Una posición oblícua, transversa, posterior o anterior de vértice se aprecia a menudo con precisión exacta. No siempre. La exactitud en el diagnóstico en en los casos dudosos son casi por completo del dominio del radiólogo. El tocólogo, sin experiencia alguna en rayos X como el que os habla, expone solamente generalidades.

El peligro está en la aplicación terapéutica, y si es repetida, más peligrosa todavía, y como esta terapéutica se practica casi siempre en la preñez de los primeros meses, sobreviene por consecuencia el aborto. Cuando se practica en los últimos meses produce deformidades en los ojos, cerebro, médula espinal, o la muerte misma.

El efecto de las aplicaciones roentgenológicas para el feto durante su vida intrauterina está en relación directa con:

(1) El estado de diferenciación de los tejidos embrionarios. Mientras menos diferenciados más susceptibles serán a la influencia de los rayos, esto es, mientras más joven sea el embrio, mayor será el daño.

(2) La frecuencia, cantidad y prolongación de las irradiaciones.

Débese recordar que la dosis corriente para fines de diagnóstico equivale solamente a cincuentavo de la dosis terapéutica corriente, a la par que ésta última es también frecuente mientras que la primera no tiene necesidad de repetirse más de tres veces, a lo sumo. Con dos exposiciones, como he dicho antes es lo suficiente. En dos ocasiones hemos repetido por tres veces consecutivas la irradiación debido a la falta de detalles en la placa, sin trastorno alguno en lo que respecta al bienestar del hijo, observados hasta dos años después. En más de 40 casos radiografiados, asistidos por mí casi todos privados, en los últimos veinte meses, solamente hemos tenido un natimuerto, y ni la más remota sospecha científica recayó sobre la roentgenografía, pues el caso era de nalgas, prematuro, historial de abortos anteriores, y al nacer observáronse dos vueltas bien apretadas del cordón umbilical alrededor del cuello del feto, cara marcadamente cianótica en contraste con el resto del cuerpo, habiéndose percibido el latido del corazón fetal ocho horas antes del parto. Hicimos un diagnóstico de muerte por estrangulación debida al cordón umbilical, ante la palpable evidencia. Vayamos un poco más lejos. Si tuvimos una muerte fetal en más de cuarenta casos, y quisiramos achacar esta defunción a los rayos nos daría un 2½ por ciento de mortalidad, y si "normalmente" de un 3 a 5 por ciento de los niños mueren durante la efectuación del parto, todavía nos quedaría un tanto por ciento considerable a nuestro favor. Desde luego, hablamos en hipótesis, pues ante la evidencia científica esa muerte bajo ningún concepto lógico ha podido atribuirse a los efectos de los rayos X.

Algunos casos extractados de las Demostraciones Radiográticas

En las primeras tres placas presentamos tres posiciones izquierdas anteriores de vértice y podemos notar el diferente grado de rotación tanto de la cabeza como de la columna vertebral.

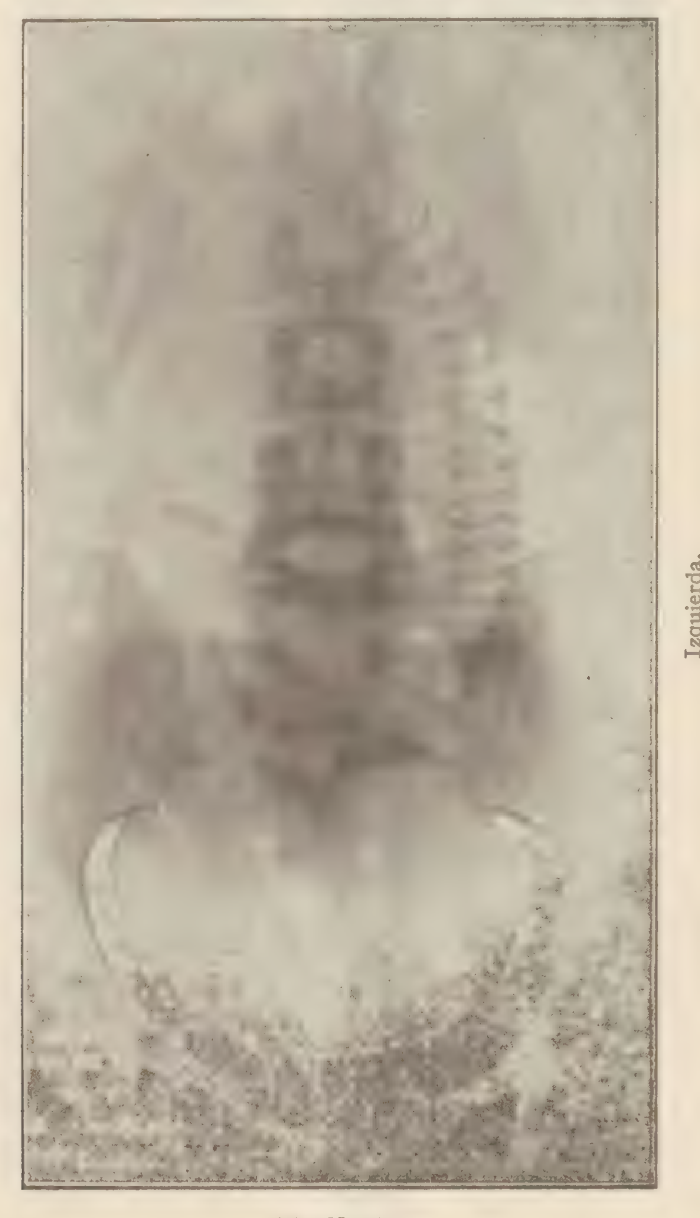


Fig. No. 1.

En la Fig. No. 1 tenemos que lacabeza aparece más transversal que en la Fig. No. 2, y más o menos igual a la Fig No.

3, lo cual es evidentemente claro, por la



Fig. No. 2.

conformación exacta del cráneo.

En las primeras dos el contorno de la

cabeza es visiblemente normal en lo que

respecta a la estructura osea, eliminando así las posibilidades de un anencéfalo o un hidrocéfalo.



Izquierda.

Fig. No. 3.

La Figura No. 4 nos dá el historial siguiente:



Fig. No. 4.

Ultima menstruación Sept. 3, 1928.
Irradiación Feb. 9, 1929.

Tomando como promedio 10 días para el tiempo de la impregnación nos dá alrededor de cuatro meses tres semanas de embarazo.

Este es el feto más joven que hemos podido radiografiar. Durante el examen abdominal el polo cefálico se encontraba en el cuadrante derecho superior, por lo tanto en una posición, tal más o menos oblicua. Al poco tiempo intentamos desplazarla de su nueva posición y no nos fué posible: habíamos hecho una versión



Fig. No. 5.

externa y persistía así. Pocos días después al tomar la radiografía nos reveló una posición transversa (Fig. 4). Al octavo mes tomamos otra placa con el resultado que vemos en la figura No. 5 en donde se nos presenta en una posición derecha de vértice.

Este caso confirma dos hechos importantes:

1—Que en una versión hecha a tan temprana edad, y aún más, quizás en el sexto o séptimo mes tiene todas las posibilidades de ser infructuosa debido al tamaño del feto.

2—Que durante esta misma época no debemos emitir como seguro, con exactitud, un diagnóstico en lo que respecta a la presentación o a la posición. Por eso es que he estipulado anteriormente la necesidad imperiosa de tomar otra placa al fin del noveno mes, pues como hemos podido observar este feto pasó primeramente de una posición sacral oblícua convertida a vértice derecha por versión externa, a una transversa por evolución espontánea, y finalmente del mismo modo, a una de vértice derecha otra vez.

En resumen tenemos que exceptuando mi intervención en el primer cambio, el feto asumió por su propia cuenta tres presentaciones diferentes.

En otra caso, Fig. 6 al hacer el examen abdominal y vaginal se oía el latido fetal propagado por casi todo el cuadrante inferior izquierdo, más intenso como a dos dedos por debajo del ombligo y tenuemente en la línea media, como a un dedo por encima del ombligo. Ni abdominal y vaginalmente nos fué posible comprobar la presentación — el embarazo era de 7 meses y 3 semanas— pero guiándonos por la posición del corazón fetal hicimos con alguna duda, en todá apariencia satisfechos, un diagnóstico de presentación de vértice, posiblemente izquierda anterior. Tres semanas después fué que tomamos la radiografía que presentamos, en donde vemos claramente una presentación de nalga, izquierda. Hasta aquí todo bien, pues lo que comprobó la radiografía en toda probabilidad fué un error mío, pues ha podido ser también posible que la nueva presentación adquirida por el feto haya sido espontánea, pero también comprobó el hecho, al cual no le damos la importancia suficiente, de que el punto de mayor intensidad del corazón fetal tomado como base para un diagnóstico de la presentación y posición de un feto, por sí solo, es frecuentemente equívoco, y quizás absurdo.

Este caso no fué asistido por mí, pero me comunica un colega que al iniciarse el parto, la presentación era de vértice, y por razones obstétricas se vió precisado a hacer más luego una versión interna. Vemos, pues, una evolución espontánea de nalgas a vértice, y otra manual, hacia la presentación original. Estos dos últimos casos aparte de lo científico nos enseña algo más, y es que hasta una edad 7½ meses más o menos no debemos declararle con toda seguridad a la paciente que su hijo va a nacer en tal o cual presentación o posición; debemos advertirle las posibilidades de una versión espontánea, contrario de lo cual con facilidad podría perjudicarnos profesionalmente. Por menos que eso cada uno de nosotros, hemos perdido más de un cliente.

Tenemos en la Fig. No. 7 una posisacral derecha.

Curioso en el caso, es que el tamaño de la cabeza aparece relativamente grande para el tamaño de la pelvis, lo cual no resultó así después del parto, pues a pesar de ser una primeriza, de frágil contextura, y posición sacral no tardó más de seis horas en el parto. El feto

pesó 5 libras 14 oz. Hay dudas razonables de que era de término. La cabeza que era notable por lo grande en la placa, ahora lo era por lo pequeña, al nacer. nacer, no nos hubiera dejado de preocupar algo, lo que iríamos a hacer con esa cabeza en una primeriza. La pelvis era completamente normal.



Fig. No. 6.

Esta radiografía llegó a nuestras manos, después del parto, pues no se esperaba para esa fecha; lo que no lamentamos mucho, pues de haberla visto antes de

Este caso (Fig. No. 8) estuvo bajo observación alrededor de 24 horas. Al principio no nos fué fácil hacer un diagnóstico exacto. Las membranas estaban in-

tactas y el cuello parcialmente dilatado. Mas luego cuando hubo de completarse la dilatación totalmente, rompimos las membranas y era tal la adaptación de mo vemos había rotado algo hacia el diámetro transverso. No nos fué posible hacer corrección completa, y con gran dificultad aplicamos forceps en la mento-



Fig. No. 7.

la cara, que hicimos con algunas reservas, de momento, el diagnóstico de presentación mentoniana oblícua izquierda posterior. Hicimos la radiografía, y como vemos había rotado algo hacia el diámetro transverso. No nos fué posible hacer corrección completa, y con gran dificultad aplicamos forceps en la mentoniana, escasamente oblícua, anterior. Esta placa nos demuestra la posición y presentación exacta, y además de eso, un contorno craniano normal, sin evi-

dencia de monstruosidad, en cuyo caso hubiésemos practicado una craniotomia, ahorrándonos así tiempo y posible daño a los tejidos maternos.



Fig. No. 8.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1—Hemos realizado humildemente un esfuerzo, aunque en un número limitado de casos, por primera vez en Puerto Rico, con la idea de demostrar las bondades de la roentgenografía como medio de diagnóstico en el embarazo, en lo que respecta principalmente al radio de las actividades del tocólogo.

2—Toda mujer embarazada debería obtener los beneficios de un diagnóstico

roentgenográfico, por lo que concierne a su seguridad y a la supresión de los sufrimientos y riesgos inecesarios del embarazo y el parto, en caso de una anormalidad fetal que compruebe o justifique de modo terminante la imposibilidad del mismo para la viabilidad.

3—Considero de trascendental importancia que toda paciente antes de practicársele una sección cesarea— si el medio ambiente lo permite—debe ser sometida a un estudio radiográfico para comprobar la ausencia, si posible, de alguna anormalidad incompatible con la futura subsistencia del feto.

4—En lo que respecta a la posición, presentación y estructura osea del feto, tenemos en el campo de la radiografía un agente de méritos indiscutibles.

5—Que en nuestra experiencia, aunque limitada, en consonancia con la literatura contemporánea, el uso de los rayos X como medio de diagnóstico, no ofrecen peligro alguno para el feto en los últimos meses del embarazo con la dosis rutinaria sin exposiciones frecuentes.

6—Hemos podido diagnosticar con exactitud en mayoría de los casos:

(*a*) Presentaciones occipitales anteriores y posteriores, derechas o izquierdas.

(*b*) Presentación mentoniana posterior.

(*c*) Sacro-ilíacas izquierdas y derechas.

(*d*) Presentación transversa entre los 4½ y 5 meses.

(*f*) Comprobación de embarazo espúreo en que casi todos los signos subjetivos eran positivos; amenorrea en relación con el tamaño del vientre—aquí se hacía imposible palpar la altura del fondo uterino, debido a la grasa abdominal y a la rigidez de los músculos—configuración del abdomen; historial, de náuseas y vómitos en el cuarto mes; presencia de calostro; etc. Esta paciente ingresó con dolores, según lo describía ella, casi característicos del parto incipiente.

7—En ninguno de nuestros casos observados, hasta dos años después de irradiados hemos podido siquiera sospechar en lo más mínimo anormalidad física o mental alguna.

8—Confirmación del embarazo en casos en que se negaba rotundamente tal posibilidad.

REFERENCIAS

1—Dorland, W. A. Newman and Hubeney, Maximilian John: "The X-Ray in Embriology and Obstetrics"—Bruce Publishing Co., Saint Paul, Minn.—1926.

2—Nahmmacher Hans: The possibilities of hysterosalpingography as a diagnostic and therapeutic measure — Surg., Gynec, and Obstetrics —Vol XLVIII—No. 1—Pag. 33—1929.

3—Toombs W. Percy: The effect of X ray and radium upon the fetus in utero —American Journal of Obstetrics and Gynecology— Vol. XVII— No. 4—Pag. 516. 1929.

NOTA:—Estas radiografías han sido retocadas con la idea de hacer resaltar los detalles en los fotograbados para su impresión. De otro modo los detalles imprescindibles para el diagnóstico original siempre lo fueron suficientemente claro para no dejar lugar a dudas.

Colecistitis: Algunas Referencias (*)

POR LUIS A. PASSALACQUA,
A. B., M. D., M. S. in Surgery.
De la División de Cirugía de la Clínica Quirúrgica del Dr. Pilá, Ponce, P. R.

La colecistitis es una de las enfermedades quirúrgicas más corriente del abdomen, y es una de las más interesantes, porque además de su frecuencia, su naturaleza no nos es del todo conocida, presentando gran variedad de formas clínicas y múltiples manifestaciones sintomáticas. El natural interés que despierta esta dolencia se intensifica más por las dificultades que surgen a cada paso cuando queremos explicar el cuadro clínico de la misma con los resultados patológicos post-operatorios, encontrándonos con que el estudio macroscópico y microscópico de los especímenes no llevan siempre a nuestro ánimo la explicación de los síntomas que aquejaba al enfermo.

La vesícula biliar enferma, ha sido estudiada desde diversos puntos de vista. El material obtenido en las operaciones ha sido investigado cuidadosamente. Para mejor comprender el asunto se tratan de establecer continuamente nuevas relaciones patogénicas. Los estudios bacteriológicos han sido objeto de mucha controversia. Las investigaciones experimentales y los trabajos clínicos, junto con los más recientes progresos de la colecistografía han contribuído todos de una manera notable a dar un gran empuje a nuestros conocimientos para comprender mejor la enfermedad; pero el campo es todavía muy extenso y permanece abierto a ulteriores investigaciones. Siempre estamos en espera de nuevos descubrimientos en este orden de ideas que puedan aportarnos como consecuencia nuevos métodos de tratamientos hasta alcanzar la desaparición de esa enfermedad en el hombre.

El mayor esfuerzo se ha dirigido a estudiar la forma crónica de la colecistitis, que es el problema más importante entre todas las afecciones de la vesícula biliar. Es en este estado crónico en el que encontramos el mayor número de hechos inexplicables, tanto bajo el punto de vista clínico como experimental. Hasta tanto he podido determinar, la lesión crónica de la vesícula biliar no ha sido producida experimentalmente, y es imposible obtener por tanto un subtractum experimental en el estudio de las colecistitis crónicas. Hemos de aceptarla clínicamente como una consecuencia de las formas más agudas.

En realidad nos encontramos apurados cuando deseamos determinar la etiología de la colecistitis, y es obvio que sin un definido conocimiento práctico de la etiología de las enfermedades de la vesícula biliar encontraremos las mayores dificultades e interpretar las manifestaciones clínicas y en aplicar los principios terapéuticos tras los cuales el paciente viene a nuestra consulta.

Rosenaw explica la existencia de la colecistitis desde el punto de vista de la infección fecal, llegando a la conclusión de que puede ser debida a una infección

(*) Leido ante la Asamblea anual Diciembre 21, 1929.

hematógena por el estreptococo hemolítico desprendido de los dientes y de las amígdalas y que posee una afinidad especial por la vesícula biliar. Ha sido establecido también definitivamente que la colecistitis aguda se desarrolla como una complicación de la fiebre tifoidea en el uno por ciento de los casos. Sin embargo hay una gran evidencia de que la colecistitis no es siempre de origen bacteriano. Mann ha producido en los perros una colecistitis tóxica de una solución de cal clorinada (Solución Dakin).

Higgins y Bollman están realizando actualmente una serie de experimentos muy interesantes en el Instituto de Medicina Tropical Experimental de la Fundación Mayo, consistentes en inyectar intravenosamente una solución Dakin y de ácido bórico en los perros, ocasionándoles una colecistitis aguda sin lesión de ningún otro órgano. Las observaciones de estos investigadores sobre la función de la vesícula biliar bajo tales condiciones de experiencia comparadas con las funciones de una vesícula biliar en estado normal, son grandemente luminosas. Ellos basan sus experiencias en las investigaciones primeras de Mann, consistentes en que si el conducto común, o el coledoco, se liga, al mismo tiempo que se extirpa la vesícula biliar, aparece en la sangre la bilirrubina en cantidades patológicas, entre las tres y las seis horas después de la ligadura del conducto; pero si la vesícula biliar se conserva intacta, no puede apreciarse la bilirrubinemia hasta 30 o más horas después de la ligadura. Después que ellos produjeron una colecistitis aguda, ligaron el colédoco, y notaron que la bilirrubina apareció en la sangre en cantidades anormales de tres a seis horas más tarde. La vesícula biliar enferma se comporta lo mismo que hayándose extirpada en lo que respecta a su funcionamiento.

En otro grupo de experimentos produjeron estos autores siguiendo el mismo método una colecistitis aguda e inyectaron lipiodol en el lumen de la vesícula biliar. Por medio de una serie de placas radiográficas tomadas después que se le hubo dado a los perros una comida conteniendo gran cantidad de materias grasosas, se estudió la capacidad de la vesícula biliar para vaciar en tales circunstancias su contenido, y entonces pudo apreciarse que una vesícula biliar en estado de inflamación aguda no puede vaciar su contenido en el colédoco. Sin embargo, después de pasado algún tiempo, vuelve la vesícula a recobrar de nuevo su funcionamiento primitivo.

La fisiología de la vesícula biliar ha sido muy estudiada especialmente en su propiedad de filtrar la bilis y concentrarla, lo mismo que en la habilidad de vaciar su contenido en el colédoco. Es una verdad comprobada que la vesícula biliar se llena de bilis completamente mientras el hombre se halla en estado de ayunas, y luego, durante el período de la digestión, descarga la bilis por el colédoco dentro del duodeno, donde, mezclándose con el quimo alimenticio, ayuda a la saponificación de las grasas. La vesícula biliar, en igualdad de circunstancias, se encuentra invariablemente en estado de distención, en toda exploración quirúrgica que se practica en un sujeto que ha permanecido en ayunas por varias horas.

Una observación bastante interesante la constituye el hecho que la vesícula biliar pueda retener en un momento dado la cuarta parte del total de las sales biliares que el hígado excreta en el período de las veinticuatro horas. Esta nos da una idea de la intensidad conque la vesícula biliar puede concentrar la bilis.

hecho que se realiza mediante filtración. Una muestra de bilis extraída de la vesícula biliar, demuestra, por lo menos, ser diez veces más rica en pigmentos que la bilis que se encuentra en los conductos hepáticos, o que es capaz de segregar el hígado. De un promedio de 1200 gramos, que es lo que el hígado produce en las venticuatro horas, la vesícula biliar puede retener treinta gramos a una concentración que es diez veces mayor.

La bilis pasa de la vesícula biliar al colédoco impelida por las contracciones de las fibras musculares de las paredes de aquellas, hecho que ha sido probado experimentalmente por Hamrick y Mann de la Clínica Mayo. Mientras Higgins estudiaba el modo de actuar de la vesícula biliar en las ranas bajo la influencia de una comida muy rica en materias grasas, pudo observar ondas de peristaltismo producidas por la contracción de la túnica muscular de la pared de la vesícula, en virtud de las cuales se expulsaba el contenido de aquella en el colédoco. Este peristaltismo está en cierto modo relacionado con la cantidad de grasas que se absorbe en el intestino. El pase de la bilis al duodeno se regulariza por un mecanismo esfinteriano, situado en la terminación del colédoco, la existencia del cual ha sido probada por Mann de un modo concluyente. Sin embargo, ese pase se modifica y depende hasta cierto punto, del peristaltismo duodenal.

Las observaciones Aschoff y Bacmeister, demostrando, que las infecciones microbianas no son indispensables para la formación de los cálculos hepáticos lo que determinaba el reconocimiento de dos procesos distintos en la génesis calculosa, el inflamatorio y el metabólico, abrieron indiscutiblemente un gran campo al estudio de las enfermedades de la vesícula biliar. De cien vesículas biliares definitivamente enfermas, estudiadas por Judd y Parker, por medio de cultivos de suspensiones hechas de las paredes de la vesícula, solamente en cuarenta y nueve se pudo obtener un resultado positivo. Doree y Garder observaron que el colesterol se elimina por medio de la bilis. En la vesícula afecta de la modalidad patológica conocida con el nombre de "Strawberry" de Mac Carty se encuentra el colesterol depositado excesivamente en la mucosa. La importancia que tiene el colesterol en las enfermedades de la vesícula biliar, se comprende fácilmente si consideramos que dicha substancia es el componente más importante de los cálculos hepáticos, y que la mayoría de estos cálculos se componen únicamente de colesterol. Un depósito excesivo de colesterol en la mucosa de la vesícula biliar, puede de tal modo interferir en la propiedad de la vesícula biliar de filtrar la bilis que aborde del todo este fenómeno, y por lo tanto el da la concentración de la bilis y conocido es que la vesícula biliar "Strawberry" no da sombra colecistográfica.

Sin embargo, pueden haber piedras en la vesícula biliar, sin que sus funciones se alteren. En muchos casos, la vesícula biliar continúa el proceso de filtración y de vaciamiento de la bilis de un modo natural, tal como lo demuestra la colecistografía practicada después de la administración de la tetra-iodo-feno taleina sódica, en los casos de coli-litiasis. Estos cálculos, no tienen que ser necesariamente del tipo colesterol aséptico de Aschoff, de origen metabólico, sino que lo son también de la variedad caracterizada por la multiplicidad, pequeñez, composición de pigmentos calcio y colesterol, cuyo origen es séptico. Así pues, es compatible la existencia de cierto gra-

do de infección con el funcionamiento normal de la vesícula biliar. Es más, aún en la presencia de disturbios metabólicos, tales que puedan originar, cálculos de colesterina, y apesar de cierto traumatismo, tal como es de esperarse, de la presencia de un cálculo en dicha vesícula biliar, es posible, la existencia de tal vesícula biliar en el hombre que continúe imperturbable la consumación de sus funciones. Han de ser, pues, solamente aquellos trastornos metabólicos y aquellas invasiones infecciosas, que al evolucionar envuelvan las paredes propiamente dichas de la vesícula biliar las que ejerzan una influencia modificadora y nociva en sus funciones. Una prueba más la constituye el hecho de encontrarse en las autopsias, vesículas biliares llenas de cálculos en personas que nunca tuvieron síntomas conocidos o que si los tuvieron fueron leves.

En una serie de casos recolectados por Kirklin, en los cuales la colecistografía revelaba una vesícula biliar que vaciaba normalmente concentrando el tinte, se demostró en el acto quirúrgico, la existencia de una enfermedad definida, y cálculos en el 18 por ciento de los casos, aproximadamente. Esto es de una gran importancia clínica. Exceptuando aquellos casos en que los cálculos pueden ser visualizados roentgenológicamente, la colecistografía tiene el valor de un diagnóstico funcional y está basada en la habilidad que tiene la vesícula biliar de concentrar la bilis y vaciarla en el conducto común. El hecho de que una vesícula biliar puede estar lesionada, sin alteración de sus funciones, tal como lo revelan los Rayos X, se observa en muchos casos en los cuales existen cálculos en la vesícula biliar y al mismo tiempo esta es apta para concentrar el tinte. En los casos en que el *report* radiográfico no informe la existencia de cálculos biliares y además la considere normal, podríamos equivocar el diagnóstico de colecistitis si apoyándonos solamente en dicho dato roentgenológico descartamos la historia del caso, con todo su valor clínico, para formar juicio diagnóstico. Esto acontece preferentemente en los casos de cálculos de colesterol. El reconocimiento del valor diagnóstico de las manifestaciones clínicas en las enfermedades de la vesícula biliar, constituye la experiencia de la práctica diaria en los clínicos de la Mayo Clinic, donde me he formado. Porque siendo siempre necesaria una buena historia clínica para el diagnóstico de la colecistitis, es todavía más importante. preferente cuando se trata de recomendar un tratamiento, estando en discrepancia los datos colecistográficos con los clínicos. Por otra parte, el valor del diagnóstico roentgenológico en las colecistitis crónicas, está probado por el hecho de ser confirmados sus informes positivos en el 95 por ciento de los casos

Plummer ha asociado la existencia de una vesícula biliar roentgenológicamente invisible con otras manifestaciones de anormalidades en el organismo humano de naturaleza más generalizada. Opina, que la función de la vesícula biliar puede ser afectada por influencias psíquicas y estados mentales morbosos, constituyendo a veces uno de los elementos sintomáticos de un sindrome general, en un individuo afecto de cierto misticismo con algún grado de desequilibrio vasomotor y sujeto a manifestaciones emocionales de naturaleza negativa. Esta descripción de este nuevo tipo clínico, difiere mucho de la clásica del enfermo de la vesícula biliar que lo representa con un obeso, congestivo y flegmático. Esta invisibilidad roentgenológica de la vesícu-

la biliar, viene asociada a otras manifestaciones, tales como un metabolismo bajo, una disminución de la acidez gástrica y se quejan solo de vagas manifestaciones de dispepsia. Es obvio que si la ausencia de la sombra radiográfica determina el establecimiento de un tratamiento quirúrgico en las colecistitis, estos casos se operarían inenecesariamente

La cirugía está fundada en la patología, sin embargo, el radio de la cirugía, se ha extendido en los últimos años incluyendo también la corrección de muchos trastornos funcionales, o puramente fisiológicos. Las operaciones indirectas, tienen a veces mucho éxito en ciertos casos bien seleccionados. Un ejemplo de esto último, es la gastroyeyunostomia en el tratamiento de las úlceras duodenales y la cirugía del simpático en las enfermedades de Reynolds y de Hirschprung. Lo mismo debemos admitir en las operaciones sobre la vesícula biliar. La indicación principal de la colecistectomia es cierto grado de patología en la vesícula biliar capaz de producir síntomas. Pero nosotros encontramos muchas veces, vesículas biliares que aparecen normales al ser exploradas en el acto quirúrgico en casos de pacientes con un cuadro sintomático claro. En tal caso, debemos basar el procedimiento quirúrgico recomendable en los síntomas solamente. Lo más sorprendente es que corrientemente estos pacientes quedan curados de sus síntomas después de la operación. Es pues, evidente que existen enfermedades de la vesícula biliar que son de origen funcional, que pueden afectar la función de la vesícula biliar, tal como se demuestra roentgenológicamente y que son capaces de dar síntomas fuertes que pueden corregirse quirúrgicamente.

Además muchas veces, una vesícula biliar parece normal exteriormente y al abrirse, muestra claramente un estado patológico definido, esto se observa más corrientemente en el caso de las vesículas tipo "Strawberry" (fresas) de Mac Carty.

Todavía existen grandes posibilidades de estudio en el campo de las enfermedades de la vesícula biliar, tanto bajo el punto de vista clínico, como experimental. En estos momentos se están realizando ensayos tendentes a producir la colecistitis crónica experimentalmente en los perros, mediante la inyección de pequeñas y repetidas cantidades de cal clorinada y ácido bórico, ofreciendo así una oportunidad más para el estudio de este importante problema. A diario estamos aprendiendo nuevos hechos, pues la evolución de los conocimientos en esta dolencia, es progresiva. El asunto es tan interesante, que por mucho tiempo estaremos en este sector del campo científico, el clamoreo de nuevos descubrimientos que enriquezcan y perfeccionen el caudal de nuestro Arte, de curar, para dominar esta enfermedad.

RUPTURA ESPONTANEA DEL BAZO

DR. PABLO M BONELLI.

La rareza de los casos de ruptura espontánea del bazo en un sujeto aparentemente normal me induce a reportar el siguiente caso, no sin haber tomado antes en consideración el informe del Laboratorio y la observación clínica del mismo con posterioridad a la intervención.

Susman, (En British J, Surg., July, 1927), reportó un caso y coleccionó otros seis de diferentes autores algunos de los cuales no estaban exentos de patología.— Rhame, (Annals of Surgery, Aug. 1928), al igual que Vinogradoff (Mosku Med. J. No. 6, 1928) reportaron separadamente un caso cada uno, y recientemente, Harvey en (The J. of the Amer. Med. Ass., Sept. 28, 1929), reportó el último en el cual el Laboratorio no encontró lesión alguna al examen del bazo.

HISTORIA DEL CASO

Luis Pica, de nueve años de edad, color mulato y vecino de Aguirre se encontraba presenciando un juego de baseball en la tarde de agosto 11, 1929, cuando de repente sintió un dolor agudo en el costado izquierdo que le hizo perder el conocimiento y por consiguiente, ser transportado a su casa por las personas que le rodeaban. Refieren sus padres que por la noche fué recobrando el conocimiento a la vez que vomitaba y volvía a quejarse de dolor en la misma región. Al siguiente día fué traído a Guayama, presentando al examen físico rigidez del vientre con predominio en el hipocondrio izquierdo, vómitos y tendencia a colapso, temperatura sub-normal, pulso 106 y respiraciones 22. Inquiriendo sobre la historia anterior manifiestan sus familiares que el niño siempre había gozado de buena salud con excepción de algunas fiebres que tuvo 7 ú 8 días antes de la enfermedad actual y de las que curó aparentemente sin tratamiento médico. A preguntas de si había recibido golpes dicen que no. El paciente fué tenido bajo observación hasta la mañana siguiente, en que en vista de que la rigidez se había hecho uniforme y el pulso se hacía más frecuente al igual que la temperatura persistía siendo subnormal, decidí hacer una laparotomía exploratoria.

Apenas comenzada la anestesia con éter se procedió a administrarle solución salina intravenosamente y acto continuo hice una incisión supraumbilical media que nos reveló una gran hemorragia en la cavidad Pasando la mano izquierda hacia el bazo noté en seguida en su cara posterior una hendidura de no menos de dos (2) pulgadas de largo. Fué fácil por la ausencia de adherencias traer la vísceras a la incisión de la pared y comprobar que la laceración sangraba continuamente y que se profundizaba en su centro hasta cerca de medio centímetro.

Practiqué la excisión del bazo por creerla en este caso superior a cualquier otra medida conservadora, y no encontrando nada anormal en el hígado, duodeno o estómago, removí de la cavidad la sangre y coágulos diseminados y cerré la misma sin drenaje. El paciente hizo una convalescencia franca y el bazo fué enviado para su examen a la Escuela de Medicina Tropical, cuyo patólogo, el Dr. Hans. Smetana tuvo la cortesía de enviarme el siguiente informe:

November 9, 1929.
No. 2486
Spec. rec'd., No. 1, 1929.

Dr. Pablo M. Bonelli,
Guayama, P. R.
Name: Luis Pica.
Specimen: Spleen

Gross: The specimen consits of a spleen measuring 11x7.5x4 cm. and weighing 175 gms. Its capsule is partly covered with a fibrinous exudate which can easily pulled off. There is a break in the spleen measuring 5.5 cm. in length. Its edges are irregular and the surface is covered with blood and fibrinous exudate.

Microscopic: There are focal necroses scattered through the spleen in which stains for bacteria demostrate faintly stained Gram-negative rods. There is but little pigment —mostly deposited in the cells—found especially around the larger vessels of the spleen. This pigment gives a positive reaction for iron. The tissue near the rupture is hemorrhagic and shows fibrin and quite a number of polymorphnuclear leucocytes.

There is not enough pigment to justify the diagnosis of malaria microscopically. It seems unlikely that a spontaneous rupture would occur in this spleen even if the slight amount of pigment were due to malaria

The focal necroses together with the finding of Gram-negative rods resembling those of the typhoid-coli group sugges rather than to be malarial in origin. This can only be a suggestion since it is impossible to identify the bacteria morpohological; even post-mortem invaders cannot be excluded with certainty . The positive outcome of a widal would support this assumption.

Dr. P. M. Bonelli (2) No. 2486.

Since there is a history of fever, a spontaneous rupture of an acute splenic tumor due to a septic process should be t: ken into consideration. No amyloid was found in the spleen. There is no evidence of kala-azar.

DIAGNOSIS: RUPTURE OF ACUTE SPLENIC TUMOR (DUE TO FOCAL NECROSES).

(Signed) *Hans, Smetana, M. D.*

Informe del doctor Juan A. Pons del San Juan District Hospital of the Department of Health, affiliated with the School of Tropical Medicine al doctor Bonelli:

PACIENTE: Luis Pica.

Recuento celular hecho el día 23 de noviembree de 1929:

Glóbulos rojos	4,690,000
Hemoglobina (Dare)	70%
Glóbulos blancos	6,740
Ploinucleares neutr.	58%
Ploinucleares eosinófilos	8%
Linfocitos pequeños	23%
Linfocitos grandes	7%
Transicionales	4%

Recuento blanco y dif. en 24 de noviembre de 1929:

Total de Blancos	11,535
Polinucl. neutrófilos	55.6%
Polinucl. eosinófilos	8.6%
Linfocitos pequeños	22.6%
Linfocitos grandes	9.3%
Monucleares	1.3%
Transicionales	2.6%

ORINA:

Color	Ambar	transp., clara
Gravedad específica		1,012

Albúmina	negativa
Azúcar	negativo
Indicán	negativo
Sedimento	células epiteliales en la vejiga. Algunas células pus.

MALARIA:

Dos exámenes	negativos
Reacción Widal: Tifoidea	negativo
Para "A" dilu. 1/80	positivo
Para "B"	negativo

COMENTARIOS:

Evidentemente se trataba aquí de un bazo patológico. El peso normal del bazo de una persona adulta es de 150 gramos. Este era de 175 en un niño de nueve años. El examen patológico de la víscera demuestra la presencia de diferentes zonas de necrosis diseminadas por su tejido, con reacciones tintoriales de bacterias Gram-negativas, análogas morfológicamente a los bastones del grupo coli-tífico. La cantidad de pigmentos hallada no justifica la presunción de un bazo palúdico. No había degeneración amiloidea. El examen post-operatorio de la sangre para malaria es negativo. Reacción Widal: Tifoidea negativa. Para "A" dilu. 1/80, positiva. Para "B" negativo.

Dr. P. M. Bonelli.

Guayama, P. R., Noviembre de 1929.

Determinación de una norma "Standard" de talla y peso para los niños de Pto. Rico

DR. LUIS A SALIVIA

Sr. Presidente:

Distinguidos compañeros:

El trabajo que tengo el honor de presentar a ustedes no es de gran importancia científica. Si me tomo la libertad de leerlo, es solamente confiando en vuestra libertad unos minutos. Lo motiva, además de los deseos sinceros de contribuir con mi humilde cooperación al éxito de esta magna Asamblea; las relaciones que, como médicos y como maestro de escuela, he sostenido durante 14 años con los escolares de Puerto Rico, sobre todo en nuestra Universidad.

Acerca de este mismo asunto, tuve el honor de dirigirme a ustedes por primera vez en diciembre del 1915, con motivo de los resultados de "La Primera Inspección Médica y Estudios Antropométricos practicados en la Universidad de Puerto Rico", llevados a cabo en julio de dicho año.

Presenté entonces algunos datos interesantes sobre el estado de salud de nuestros estudiantes universitarios, y acerca de sus medidas antropométricas. Este humilde trabajo fué publicado en el Medical Record, por la casa de William Wood & Co. Llamaba en él la atención de que, en el estudio de la talla y el peso con relación a la edad, existía una diferencia marcada entre los datos obtenidos en nuestros escolares y los que encierran las tablas de talla y peso para los estudiantes americanos del Norte. Que nuestros jóvenes aparecían con un promedio general más bajo de talla y de peso. El promedio de talla era alrede-

dor de 2 pulgadas menos para los hombres, y 1.95 pulgadas para las mujeres; y el de peso, unas 20 libras menos para los hombres y 12 ó 13 para las mujeres. Pensaba entonces que estas diferencias podían ser debidas al número relativamente pequeño de personal examinadas: 500, que era el número de estudiantes matriculados en aquella fecha en la Universidad. No pude encontrar ningún trabajo publicado acerca de esto en Puerto Rico para establecer mis comparaciones. ¿Existía efectivamente una diferencia racial? ¿Somos los portorriqueños de menos talla y peso, debido a nuestra situación geográfica, o debido, quizás, a la influencia ejercida por el paludismo, uncinariasis y demás enfermedades? No perdía de vista que el índice de unciniariasis era entonces muy alto. Hoy mismo, según los exámenes últimos hechos con la colaboración de la Unidad de Salud Pública de Río Piedras, tenemos alrededor de un 15 por ciento en la Universidad.

Tan interesante estudio no pude continuar, porque abandoné la Universidad para ingresar, poco después, en el Departamento Médico del Ejército Americano, durante la Gran Guerra, donde, a las órdenes de mi querido y sabio maestro, el doctor Gutiérrez Igaravidez, estudiábamos, americanos y portorriqueños, el arte de instalar y dirigir un Laboratorio, como el que tenía el ejército portorriqueño en el Hospital Base, en Ballajá.

Nuevamente en la Universidad, he continuado la investigación empezada entonces, toda vez que, sin resolverla, no es posible hacer debidamente los exámenes físicos de los estudiantes. Y hoy, con los datos aportados por unos cuatro mil exámenes médicos, he podido comprobar que efectivamente existe la diferencia entre las medidas nuestras y las de los americanos. Y que como médicos, tanto al hacer la inspección de los escolares como al tratar a nuestra juventud en nuestra práctica privada, necesitamos una norma de talla y de peso nuestra, de Puerto Rico, para guiarnos por ella, en vez de seguir empleando los "standards" americanos hechos para jóvenes de Montana, Michigan, Ohio o Nueva York.

En la Universidad, terminados los exámenes físicos de ingreso, el "Departamento de Educación física", siguiendo la norma establecida por departamentos análogos en otras universidades americanas, clasifica las mujeres en A, B, C, según su estado de salud y peso. Son Aes, las que tienen el peso ideal que deben tener de acuerdo con los "standards" americanos. Se comprenderá enseguida, que el número de dichas Aes tiene que ser muy limitado. ¡Como que alrededor de un 25 por ciento de nuestras muchachas tienen de 15 a 45 libras menos de su peso ideal comparado con dichos *standards* o normas!

En las escuelas públicas—y me refiero sobre todo a la Escuela Modelo de la Universidad,—terminados los exámenes médicos de ingreso, si los niños al comparar su peso con el de los *standards* que tenemos en uso, resultan con libras menos, se les prescribe un régimen especial de alimentación — leche, vitaminas etc., reposo, y medicinas apropiadas según la costumbre para estos casos. Y se establece una lucha muy interesante entre los distintos salones, porque todo el mundo quiere tener el peso exacto que marca el "Standard", y, si bien es verdad que muchos se benefician, ¡cuántos no hay que por querer aumentar su peso inne-

cesariamente echan a perder su sistema digestivo.

Por no cansaros más, no nos extendemos en nuevas consideraciones nacidas del estudio de estos cuatro mil casos. Citaremos algunas solamente. La tabla del *"Childrens Bureau"*, por la cual nos regimos, empieza con una talla de 39 pulgadas para los 5 años. Aquí tenemos que empezar con 38 pulgadas. Las tallas de 76 pulgadas para hombres, y de 72 para mujeres, sólo alcanzan en nosotros a 74 para hombres y 70 pulgadas para mujeres. En la mayor parte de las tallas no quedamos cortos, y es natural que el peso tiene que ser menos, proporcionalmente.

En otra ocasión aportaremos nuevos datos que tenemos, si el asunto de que nos ocupamos despertase la atención lo suficiente para ello.

En resumen: Necesitamos una norma nuestra. El doctor Martínez de la Unidad de Salud Pública de Río Piedras, y un servidor, estamos trabajando para hacer una. Tenemos datos, que presentamos en estas dos cartulinas, basados sobre los 4000 exámenes. Pero no es posible aceptar definitivamente cifras como norma, si el estudio no está basado por lo menos en 10,000. Solamente los presentamos por el interés que puedan tener a los que se interesan en estos estudios.

GRACIAS!

Modern Cancer Therapy; a Resumen

ROBERT B. GREENOUGH, M. D.

Reproducido del "Campaign Notes of the American Society for the Control of Cancer"

Número de Enero, 1930.

As a result of the intensive study of cancer which has been going on all over the world in special cancer hospitals and research institutions during the past ten years, the treatment of cancer has been refined and developed to an extent that is perhaps not generally apreciated by members of the medical profession who have no kept closely in touch with this special line of work.

These improvements in the treatment of cancer, moreover, have resulted not from any one epoch-making discovery in regard to the cause of cancer (unfortunately, no such discovery has yet been made); but rather by the better utilization and coordination of methods of treatment already known to us, combined with a more inteligent application of those methods in the light of the advances in the knowledge of the disease which have been made during this period, and by a close and coordinated application of the group consultation method of dealing with the disease. The treatment of cancer is admittedly no longer a "one-man job", and the marked improvements in treatment have resulted chiefly from the organization of groups of physicians and scientists... each competent in his own field; but working in consultation with free and frank discussion to determine the methods best adapted to achieve the desired result in the individual case. This is the chief factor in the development of cancer the-

rapy in recent years, and as this principle is further accepted, and more and more such groups of cancer workers are organized still further developements and refinements of treatment may confidently be expected with a corresponding increased efficiency, and a resulting diminution in the morality of this disease. In spite of world-wide investigations, no parasitic cause for cancer has yet been demonstrated, and although many cling to the belief that some new and unusual form of infectious agent may yet be found, the general trend of scientific opinion seems to be, at present, quite in the other direction, and cancer is believed to be a peculiar process of growth of the body tissues due perhaps to any one of a number of different agents (physical, chemical, or biological)—but resembling more closely the normal processes of cell-growth, than the reaction to an infectious agent.

Lacking a specific parasitic cause, we lack also the specific diagnostic and therapeutic measures associated with such a specific agent, which have proved so effective in the diagnosis and treatment of the infectious diseases, and for the cure of cancer we have recourse chiefly to the more crude local methods of surgery and radiation to eradicate the disease.

The exact details of the change which takes place when normal cell becomes a cancer cell are by no means known to us, but certain features of this change are well established —notably, that the cancer cell adquires and enhanced power of growth, and suffers at the same time a loss in the power of differentiation for the purpose for which it was originally developed. These changes are of the greatest importance in determining the malignancy of a given tumor, and a great step in advance in our knowledge of cancer has resulted from the work of Broders and others in classifying the varying degrees of malignancy of tumors by a study of those characteristics.

With these changes in the rapidity of growth and in the degree of diferentiation of the cancer cell, there goes hand in hand, in many cases at least, an increased sensitiveness to physical or chemical damage, due perhaps in part at least to the altered metabolism of the cancer cell. Thus the cancer cell can often be more easily damaged or destroyed than can the normal tissue cells which surround it.

This fact was first appreciated to be of great importance in connection with the treatment of cancer by X-rays and radium when it was discovered that certain tumors were extremely sensitive and others far more resistant to the effects of radiation.

Attempts to take advantage of this sensitiveness or vulnerability of the cancer cell have been made by the employment of chemical agents, either through the blood stream or by local injection intended to damge or destroy the cancer cell. Unfortunately, the degree of difference between the cancer cell and the normal tissue cells of the body leaves but a narrow margin of safety for this method, and either a dosage of the chemical is given insufficient to destroy the cancer cell, or so large dosage to do damage to the rest of the body tissues. The use of colloidal lead by the Blair-Bell method of treatment is the most recent development of this nature, but colloidal solutions of copper, gold, and other heavy metals were tried and abandoned before Blair-Bell began his work. One can only say that the method is of interest, that its sucsess have been very few, that it is accompanied by great disconfort

to the patient, and by very real danger of a fatal outcome. We may conclude that it still remains in the experimental stage.

Modern treatment of cancer thus depends almost entirely upon surgery and radiation. Surgery may be called upon to remove the disease entirely by radical excision of the original tumor, together with the tissues known by experience to be those next in line to be involved by the spread of the disease. This is the radical operative treatment of cancer, and the possibility of success by this method varies greatly with the anatomy of the regions involved. Perhaps the best examples of radical operative measures are the operations for cancer of the breast or the amputation of a leg for osteogenic sarcoma. If the disease has not already extended beyond the limits of the operative field, such operations are definitely curative.

Another method of surgical treatment is that of cauterization with the actual cautery, or by the use of the high frequency electric current in surgical diathermy and electro-coagulation. Such methods are just as much surgical as operations performed with a scalpel, and in certain regions (such as the oral cavity) have advantages which make them the method of choice in the performance of radical removal of the disease They are of the utmust value also in dealing with more advanced cases where a palliative improvement in the patient's condition rather than a radical cure of the disease is all that can be expected.

In contrast with surgical measures lies the whole field of radio-therapeutics, including radium and x-rays. With these physical agents the possibility exists of influencing the growth of tumor cells deep within the body by means of penetrating radiation. Both of these agents may again be employed either for radical cure or for a merely palliative effect.

Perhaps the most conspicuous example of successful radical treatment of cancer by radiation is the use of radium in the treatment of cancer of the cervix. The anatomical conditions and the tendency to early extension in the broad ligaments and pelvic lymph nodes make this an unsatisfactory form of cancer, except in very early and favorable cases, for cure by radical operation. On the other hand, radium, employed as it is used in modern clinics, is capable of producing permanent cures in the more favorable cases, and at the same time supplies the most favorable form of palliative treatment for those cases which are too advanced for radical cure.

Radium may be employed in the form of surface applications or by the insertion of tubes or needles of radium salts or of emanation, directly into the tumor tissue. Of the three forms of radiation obtained from radium, both beta and gamma radiation are of service — beta radiation has only a superficial action, which is extremely caustic and destructive; while gamma radiation more resembles short-wave X-rays in having great penetration. By appropiate screening with lead, platinum, gold, or silver filters and by distance we may cut out some or all of the beta radiation, and employ only the penetrating gamma radiation for deep therapy.

The earlier attempts to use implant or insertion methods were based upon the desire to obtain a more long continued action of the radiation than is usually convenient with a surface application. Bare glass tubes, however, permitted so

much of the caustic beta radiation to pass into tissues that extensive sloughing took place inmediately around the tubes and a wide area of radiation was not obtained. The glass tubes have now been largely superseded by gold "seeds" of emanation, or by platinum needles, and by this means less sloughing and more widespread radiation of the tumor is obtained.

With X-rays again, the softer rays from low-voltage apparatus and the short-wave length highly penetrating X-rays from the high-voltage machine are both available. For deep therapy, such as the treatment of bone metastases, and lesions of the lung, pleura, or mediastinum, the high-voltage apparatus is essential.

There are many possible combinations of surgery and radiation applicable in the treatment of different forms of cancer. In some instances surgery is necessary to expose the tumor and to remove its major part, as in cases of cancer of the antrum, to be followed by direct application of radium to the remainig portions of the disease.

In other instances, radium by surface application or implant, or X-rays may be used upon an advanced case, to be followed by surgical or electro-coagulation removal of the partially or totally necrotic tissue.

The use of X-rays in prophylaxis against recurrrence, as after operations for cancer of the breast, is again an instance of combined methods of treatment, and although prophylactic radiation is not held to be of great value in this community, its use elsewhere in the country is widely practised.

Almost everywhere, however, the idea gains ground that the most favorable moment for radiation treatment, as for surgery, is at the beginning, and it is sought to administer a destructive dose either of radium or of X-rays at the first treatment. If this fails other attempts may still be made, but never with such good chances of success, and the long continued small dose methods are very largely abandoned.

This résumé would be incomplete if mention were not made of surgical methods for the mere palliative treatment of the sympton of advanced cancer notably for the control of the pain. By nerve blocking, either by section or alcohol injection, comfort can frequently be given to an advanced and hopeless case of cancer to an etxent that even morphia in large doses cannot equal, and in other instances palliative operations for the removal of painful and useless members by amputation and large sloughing tumors by excisión or electro-coagulation, are simply justified.

Finally, careful supervision of the cancer patient contributes greatly to his comfort and happiness, even in the most advanced cases. A transfusion or aspiration of the chest or the relief of ascites by tapping, or by operation, may add greatly even though temporarily to the patient's comfort, and retentive apparatus in cases of bone involvement may be necessary.

With these resources available for the treatment of cancer it becomes a problem merely select such methods or combinations of methods as are best applicable to the individual case, such a selection mus invariably depend upon the cordial cooperation and consultation of a group, which includes the surgeon, the radiologist, the pathologist, together with representatives of the several specialties; only in this way can the cancer patient get what he is entitled to in the way of modern therapy.

Resoluciones Aprobadas por la Asociación Médica de P. R. en Sesión Extraordinaria celebrada el 29, de Enero de 1930.

La Asociación Médica de Puerto Rico, reunida en Asamblea extraordinaria para considerar entre otros asuntos el que se refiere a la reorganización de la beneficencia municipal según aparece en el proyecto de ley municipal que se ha publicado en la prensa y para cuyo proyecto de reorganización ha tenido el Honorable Gobernador Roosevelt la cortesía de inquirir la opinión de la clase médica por conducto del Presidente de la Asociación, doctor Ramón M. Suárez: Resuelve;

Dar las gracias a su Excelencia el Gobernador Roosevelt por el interés demostrado en conocer la opinión de la clase médica de la isla, representada por esta Asociación, en asuntos que a ella fundamentalmente competen y

DECLARAR:

1.—Que esta Asociación en sus esfuerzos por promover una legislación científica que así mejore la situación del enfermo desvalido como dignifique el ejercicio profesional, logró de nuestra Legislatura la aprobación de una ley creando una comisión para el estudio del problema de la Beneficencia pública.

2.—Que los representantes de la Asociación en este Comité, que está en funciones, tienen todos los poderes de la Asociación para llevar a cabo los propósitos de la Ley, y la colectividad ni debe, ni puede, considerar otro proyecto o plan de reforma de nuestra Beneficencia pública, que no le haya sido sometido y debidamente informado por esta Comisión, que representa en este asunto, y mientras la ley no se derogue, la voluntad del Pueblo de Puerto Rico.

LA SIGUIENTE RESOLUCION FUE APROBADA POR MAYORIA

La Asociación Médica de Puerto Rico reunida en sesión extraordinaria en San Juan de Puerto Rico el 26 de Enero de Enero de 1930 acuerda ratificar su política anterior en materia de Beneficencia Pública oponiéndose a todo plan que centralice la beneficencia pública en manos del Departamento de Sanidad Insular, entendiéndose que en modo alguno se refiere a esta moción a funcionarios sino que ella solamente envuelve una ratificación de principios.

MEMORANDUM

La comisión legislativa constituída por la Ley No. 82, de la Asamblea Legislativa del 1928, se reunió ayer día 25 de enero de 1930, en segunda seisión formal a invitación del presidente, el Comisionado de Sanidad, para conocer los términos de un proyecto de ley que se someterá a la próxima reunión de la legislatura, en el cual se reorganiza el municipio en la isla y en él se establecen nuevas bases para el servicio de Beneficencia Público.

La comisión consideró detenidamente todas las cuestiones que son factores en el proyecto sometido a su conocimiento, a fin de ultimar una legislación que favorezca plenamente el servicio de Beneficencia, como fuera la intención inicial de la Asociación Médica de Puerto Rico, estuvo conforme en aceptar como bases para la dirección las conclusiones a que pudiera llegar esta comisión en su sesión

anterior de 29 de marzo de 1929, cuando se reunió en pleno en el palacio de la le- Legislatura, sin la asistencia del Comisionado de Sanidad, hecho que tuviera lugar por error cometido en la citación.

La comisión está, pues, conforme y desea que el servicio de Beneficencia o Caridad Pública, por lo que hace a la asistencia médica se establezca de modo que los médicos encargados del mismo puedan ejercer su profesión libremente, como tales profesionales, sin otra dependencia de las corporaciones municipales que aquellas que taxativamente se establezcan en un convenio celebrado entre partes.

Segundo: La renumeración que los médicos hayan de percibir por ese trabajo público, se fijará por anualidades satisfechas por dozavas partes, en fines de cada mes.

Tercero: Las obligaciones de los médicos serán las de asistir gratuitamente a todas horas, salvo las reglamentarias dedicadas a servicios colectivos, a los vecinos de las localidades notoriamente inhábiles económicamente, atendiendo a la curación de sus enfermedades y emergencias.

Cuarto: La Beneficencia Pública deberá basarse en el sostenimiento de tres institutos que prestarán servicio en la forma que se acuerde.

(*a*) El dispensario.
(*b*) El hospital.
(*c*) La asistencia domiciliaria.

En toda localidad con carácter de pueblo, aldea o cualquier demarcación que demuestre vida comunal, será de imprescindible necesidad la existencia de un dispensario a cargo de un médico, de un cirujano, en su caso, un practicante de cirugía menor y una nurse.

El dispensario prestará servicio a todos los vecinos que lo solicitaren, el cual se llenará en el dispensario por consulta, curación de herida, golpe o cualquier otra alteración de la normalidad física y asistencia domiciliaria.

La asistencia domiciliaria es una costumbre inveterada en el país para la atención médica de los pobres lejos de suprimirse se reafirma, siquiera acondicionándola a casos de urgencia, en el que el enfermo no pueda ser fácilmente trasladado al dispensario o al hospital cuando el médico así lo dispusiere.

El hospital es la institución básica para la asistencia de los enfermos de cualquier localidad de vida comunal.

Debiera establecerse de modo que pueda atender a los enfermos de la localidad prestándoles todos los auxilios que la ciencia tiene hoy a la disposición de los profesionales encargados de su aplicación.

El número de camas y disposición de las mismas se ajustará a los preceptos de la higiene en todo cuanto fuere posible. En cada hospital habrá un médico, por lo menos, encargado de la asistencia general y un cirujano, con el número de practicantes de cirugía menor y nurses o enfermeras graduadas que exigiere la importancia del instituto.

Signo necesario de vida comunal es el hospital. De este modo cuando en una localidad no fuere posible el sostenimiento de un hospital, acudirá al recurso de asociarse con otra o más localidades vecinas, todas las cuales, por partes proporcionales a su población, formarán un distrito, para el cumplimiento de los servicios inexcusables de la asistencia médica, a los vecinos inhábiles notoriamente para atender a los quebrantos de la salud.

Para atender a los gastos que supone el servicio de Beneficencia Pública o ca-

ridad en la forma que queda expuesta en esqueleto se proveera en los presupuestos de cada localidad, como parte principal de las obligaciones colectivas, cantidad bastante para cubrir dichas necesidades; pudiéndose acudir, en casos necesarios a una contribución adicional especial, conocida con el nombre de Contribución Hospitalaria (Hospital Tax). De dichos fondos se pagarán los gastos materiales de la beneficencia, cubriendo los honorarios de los profesionales médicos y similares.

La Comisión consideró conveniente recomendar que las enfermedades de contagio alto sometidas al cuidado del servicio de salud pública, cuenten en su enumeración a la sífilis, de modo que su atención sea primordial y obligatoria para todos los vecinos, bajo las reglas terminantes de la ordenanza pública.

Este Memorandum salvo las omisiones involuntarias que en su redacción se hallan cometido, contiene bases amplias para redactar si fuere necesario un proyecto de ley que podría incluirse en la organización regular de los municipios o hacer de él un estatuto especial, organizando el servicio de Beneficencia por medio de una junta compuesta de vecinos en cada localidad que tomara a su cargo la dirección de materia tan importante.

Schistosomiasis of the Lungs Simulating Bronchial Asthma. (*)

Paratyphoid Fever

DR. RAMON M. SUAREZ.

This boy, whose name is A. G., is 16 years old, white and his residence for the last three years has been Caguas.

C. C.—Very troublesome cough, with some nocturnal exacerbation, some dyspnea, tired feeling, five months duration.

F. H.—Family history irrelevant. Both parents and two brothers living and well. History as to syphilis and tuberculosis in the family is negative. Also negative any possible history of allergic tendencies as far as asthma, hay fever, urticaria or food intoxication are concerned.

P. H.—The patient has had all the diseases of childhood, conjunctivitis and bronchitis. No other diseases up to the present one. Specifically denies having had any acute or chronic colitis or dysenteric symptons, not even during these last months of illness.

His previous residence was San Lorenzo, but he has been living in Caguas during the past three years.

Up to six months ago, when he developed a skin condition on his chest which was diagnosed as "Culebrilla", he used to take daily baths in either one of the rivers Cagüitas, Río Grande or Río Turabo.

P. H.—The boy began to feel somewhat tired and to develope a dry hacking very troublesome cough during the latter part of August. At the same time his mother noticed that he was also get-

(x) Clinic given at the School of Tropical Medicine.—Feb. 20, 193z.

ting pale and took him to a lung specialist, who took some plates, which I will show you. As you will see they are absolutely negative as to tubercular infection.

His cough, dyspnea, wheezing and mucus sounds in the chest are worse at night, according to the patient's statements.

He has been running an afebrile course, except for one week, two months ago, when he had a very high fever.

Physical Examination: Pale looking, evidently dyspneic boy who otherwise has a normal appearance for his age. Nasal examination reveals slightly congested middle turbinates. Tonsils small but do not seem to be infected. Both antra and accessory sinuses appear clear to transillumination. Teeth O. K.

Heart normal to perccussion and auscultation. S. B. P. 135 D. B. P. 90.

Lungs: Many mucus and sibilant rales, predominating the latter which can be heard all over the thorax during inspiration. No expectoration at any time during the illness.

Abdomen: Liver very slightly dimnished in size. Spleen enlarged. Easily palpable one finger breath below the costal margin.

Rectum and anal region absolutely normal.

Weight: 104 lbs.

Blood examination made by doctor Francisco Hernández showed an eosinophilia of 74%, and the feces examined also by him showed very few ova of the Schistosomun mansoni. No other parasite. Hb. 90%.

Examination done on Jan. 28th.: R. B. C. 3,500,000, 80% Hemoglobin, 70% Eosinophils. On Feb. 12th. Hb. still 80%, Eosinophils 62%, Polys. 24%, Small Lympho. 14%. (This last count was made by Dr. Morales Otero).

Skin tests for the most common epidermals and foods were all negative.

On Feb. 4, with Drs. Taliaferro and Hoffman we tested both by sacrification and intradermically an alcoholic extract of the livers of infected snails with negative results. But repeated the experiment next day using a saline extract intead and it gave an inmediate moderately positive reaction. No late reaction.

DISCUSSION:

Here we have, therefore, a boy who comes complaining of cough and dyspnea, whose chest we examine and find the typical pysical findings of spasmodic bronchitis or bronchial asthma. We had already heard that his blood showed an eosinophile count of 74%; the highest eosinophile count we have ever seen and only 2% lower than the highest we have seen reported in the literature of bilharzia.

The nocturnal exacerbation of his cough and dyspnea is a very frequent observation in bronchial asthma, but against this you have noticed that his condition has been more or less chronic. He has not had those longer or shorter intervals during which, patients of his age and of the same duration of the disease would be perfectly well if suffering from true bronchial asthma.

In over 350 cases of bronchial asthma that we have studided in Porto Rico, we have not seen an eosipohile count higher than 25% during the attack, nor over 15% during the free intervals.

I wish you would remember also that although ovas of schistosoma mansoni have been found in the stools, the boy has not suffered so far from any intestinal manifestation of the disease.

The eosinophile count in true intestinal

bilharziosis, caused by the Schistosomun Mansoni is moderate, from 0 to 8 or 10%, but is higher and may range from 15 to 76%, during the incubation period.

I told you that the history of this case as to hereditary tendencies for allergic conditions is negative, that he has never had urticaria, that his blood pressure is somewhat higher than that usually found in allergic patients of his age and that skin tests for all the epidermals in stock and for most common foods were negative.

Let us review for a few minutes the literature on Schistosomiasis, and see what the outstanding authorities on Tropical Medecine have to say about lung pathology and lung symptomatology in this disease:

Manson-Barhr in the ninth edition of "Tropical Diseases" says: "Pneumonia from egg deposition in the lungs is an occasional complication".

Sttit in the fifth edition of "Diagnostics and Treatment of Tropical Diseases" on page 576 says: "at times the ova or worms may be carried over to the systemic veins by way of the channels of anastomosis". "In rare instance ova have been found in the lungs, spleen and even in the brain and spinal cord"; and from this same text further on, we copy, "Lawton in 1916 noted in a number of Australian soldiers encamped in Egypt, a fever of about 7 to 10 days duration in which the evening rise aproximated 103°F. A diarrhea and abdominal pain accompanied the fever and along with this a cough and patchy consolidation, etc".

González Martínez who incidentally was the first to discover and describe the parasite in Porto Rico in the year 1904, in the "Reports of the Institute of Tropical Medicine" for the years 1913-1917 published in the year 1919 does nos mention lung symtomatology or pathology, although he does it in previous articles.

Lambert in the "Porto Rico Review of Public Health and Tropical Medicine", Vol. 3, page 233, while speaking of the "tubercle-like nodules representing a foreing body reaction about one or more ova", says that in one case they were discovered in the pancreas and lung, in another the worm themselves were found in a splenic vessel.

Through the courtesy of Dr. González Martínez, I could get hold of the excellent monograph "Bilharziosis in Venezuela" written by doctor Jesús Rafael Risquez in the year 1918. Dr. Risquez made careful observations of the lungs and pleura in 234 autopsies and found pleural adhesions in all and hard tubercle-like nodules in the lungs of the majority of 36 cases of Bilharziosis. The following tables are taken from his paper:

PLEURAL ADHESIONS

	Schistosoma cases	*Total no. of cases*
Adhesions	28...77.77%	126...53.84%
No mention made	6...16.15%	59...25.21%
Normal	2... 5.55%	49...20.94%
Total	36	234

PULMONARY LESIONS

	Schistosoma cases	*Total no. of cases*
Les of tub. app.	14...38.88%	69...29.48%
Les. of non-tub. app.	12...33.30%	57...24.35%
Non spec. les.	8...22.22%	60...25.64%
Normal	2... 5.55%	48...20.51%
Total	36	234

Dr. Risquez quotes Braults, Courtois-Suffit, Paul Jacquet, L. Gery and Letulle in favor of his own ideas of a causative relation between the presence of the eggs in the parenchyma of the lungs producing a "locus minoris resistentiae" and pulmonary tuberculosis, but he admits having observed a case in which there were pulmonary and pleural signs where he could exclude tuberculosis and he also says in his monograph: "Diseases of the lungs are together with those of the liver, the ones which we have found most frequently associated with this parasite". (Referring to schistosomun)

Castellani in the third editition of his book on Tropical Diseases says that "the ova may also reach the lungs, causing a chronic interstitial pneumonia, and passing through these organs, may enter the heart and the general circulation".

And lastly we translate from E. Brumpt's "Precis de Parasitologie", 3rd. edition, page 394: "In this disease, more frequently than in the vesical bilharziosis, the female can wander (peuvent s'egarer) go to unusual places and lay their eggs in different organs (liver and lungs)" And in the chapter on symptology, the same author says: "Frequently the patient presents urticaria, bronchitis or diarrhea."

So that we have ssen that most authors do mention lung pathology and speak of the frequency of bronchitis associated with or precceding the intestinal or dysenteriform symptoms of schistosomiasis.

And now it is up to you this question: Is this just a common every day case of spasmodic bronchitis complicating a case of Schistosomiasis, or is it, as I believe, a case of schistosomiasis of the lungs simulating bronchial asthma?

I confess that the soundness of this diagnosis as that of most clinical diagnoses may be attacked from one or two different angles, but I hope that some day with the cooperation of pathologists, parasitologists and clinicians we will be able to definitely establish such diagnosis before going into the post-mortem room.

"PARATYPHOID FEVER"

This baby is S. C., 11 months old, white, living in Santurce—Park St. 55½, Admmited Jan. 3 and discharged Jan. 18, 1930.

The patient became suddenly ill four days ago, with fever vomiting and diarrhea.

F. H.—Both parents living and well. Healthy young adults. This is their only child. No history of miscarriage. Negative Wass. They have never received any kind of prophylactic inoculations.

P. and P. H.—It was a fulltime baby. Normal birth. Breast fed up to sixth month of age. Lactogen was given then and later changed to cow's milk form-

ula. Lately she was taking 7 ounces boiled milk, ¼ ounce barley water and teaspoonful dextro-maltose in each bottle. Five feedings a day. Also 4½ ounces vegetable soup and ½ ounce tomato juice. She has been perfectly alright and increasing in weight although somewhat small in size for her age, up to 2 weeks ago when she had some "cold" from which she was almost relieved when a few days ago, her parents took her to Humacao and on their way to that city, they stopped at Juncos, where the patient was made to drink some raw water, from the town's water supply, at a friend's house.

Two days latter at Humacao (dec. 30, 1929), the baby started to vomit, a few hours later fever appeared and went up immediately to 40°C. There were chilly sensations and some diarrhea at the same time. The stools at first were few in number but later (Jan. 5th.) they became very frequent (25 and over in 24 hours) and were accompanied by marked tenesmus, some prolapse of the rectum and by the discharge of great quantities of mucus and some blood. On account of the rectal irritation the temperature was always taken in the axillary region. The fever ranged from 38° to 40°C. and came down by lysis on the 9th. day, remaining normal for 3 or 4 days and then gradually rising with morning remissions down to 36.6° and evening elevations to 38° for another 3 days coming finally back to normal.

Physical Examination is negative except that the baby appears to be acutely ill and the abdomen is somewhat distended and tympanitic.

Laboratory Findings:

W. B. C.	10,800
Malaria	Negative

Differential:

Polys	42%
Lymph.	53%
L. Mono	5%

Urine:

Jan. 4th.—Acid reaction. Negative for albumin and glucose. Normal sediment.

Jan. 16th.—Neutral reaction. Negative for albumin and glucose. Indican present. Few leucocytes, many bacteria, some vaginal epithelium.

Feces:

The first laboratory report, based on macroscopical and microscopical examination reads this way: "The stools of baby S. C. shows the characteristic of bacillary dysentery. There are no amebas. The stools are very foamy and green. Contain abundant pus cells and little blood. Suppose the presence of B. Entericus or Coli Aerogenes Capsulatus".

Culture of stools grew many colonies of PARATYPHOID A. Blood agglutinates PARA A. in high dilutions.

DISCUSSION:

Before entering into the disccussion of this case, I would like to mention two other cases I have had in children under one year of age; a baby 7 months old who had typhoid fever which manifested itself only by a long continuous fever with none or very slight intestinal symptoms; the other, a Paratyphoid B infection had marked gastro-enteric symptons during the first few days of the disease, the fever persisted for a longer period than in the case I am showing you to night, but the stools were free from blood and pus, at least macroscopically, although containing large amounts of mucus.

I would like to recall, also, that not very rarely in our daily practice, we get

cases which run a course very much like that of a mild typhoid infection. Cases which are negative for malaria, tuberculosis, lung or kidney pathology, whose blood show a leucopenia and as a rule get well, after baffling our diagnostic ability with the report of three or four negative Widal reactions from the laboratory.

Having this in mind, we decided, some time ago, in connection with doctor Morales Otero, to study the intestinal flora of some such cases in children, in the hope of finding one or other of bacteria of the Enteric or Solmonella group. Our interest was aroused still more, when we saw that English investigators had frequently found the Paratyphoid C. or the aertrycke B. associated with clinically similar cases to the ones we have mentioned and also that in some regions in Europe and South America they were substituting a tetravalent T. A. B. C. prophylactic vaccine for the T. A. B. vaccine commonly in use.

I have here with me four charts which doctor Garrido Morales and doctor Costa Mandry were good enough to get for me from the division of Statistics of the Health Department. The first the morbidity of Typhoid, Paratyphoid and its various combinations during 8 months from July 1929 to February 1930. The second one represents the mortality from those diseases during the years 1921-29. The third one: the mortality from Diarrhea and Enteritis in children under one year of age from July 1928 to June 1929, which make a total of 2,737 and the 4th. and last one represents the mortality from diarrhea an enteritis in children under two years of age during the five months period from July to November 1929 with a total mortality for those months of 1735.

NO. I

NUMBER OF CASES REPORTED FROM JULY 1929 TO FEB. 1930 (8 MONTHS)

Age	Typhoid	Typhoid Para A & B	Para A & B	Typhoid Para A	Typhoid Para B	Para A	Para B
— 1							
1	2						
2	8	1					
3	5						
4	6					1	
5— 9	40	1(1)		2(1)		(1)	1
10—14	54	(6)		(1)	(1)	2(1)	3
15—19	56	1(3)	(1)	(3)	2(1)	1(2)	1(1)
20 +	177	5(13)	(3)	(3)	2(3)	1(10)	3(2)

Numbers included between brackets represent patients who have been previously vaccinated against T.A.B. or suspected as having received prophylactic Inoculation.

NO. 2

Mortality from Typhoid and Paratyphoid

Fiscal Year	Typhoid	Rate per 100,000	Paratyphoid
1921-22......	240	18	—
1922-23......	123	9	—
1923-24......	295	21	—
1924-25......	224	16	—
1925-26......	317	22	—
1926-27......	290	20	—
1927-28......	359	25	1
1928-29......	397	27	1

NO. 3

Mortality from diarrhea and enteritis in children under one year of age.

July,—1928	228
August, ...	231
September, ...	205
October, ...	223
November, ...	204
December, ...	233
January,—1929	226
February, ...	227
March	238
April	217
May, ...	229
June	276
	2737

NO. 4

Mortality from Diarrhea and Enteritis in children under two years.

Monthly	Year	Mortality
Julio,	1929.........	432
Agosto, ...		328
Septiembre, ...		334
Octubre, ...		359
Noviembre		282
	Total	1735

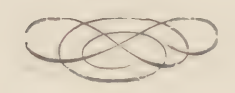
In contrast with this frigthful mortality in children under one year of age, caused by diarrhea and enteritis we have not a single case reported in the morbidity list of typhoid or paratyphoid infection in children of that age during this last eight months' period.

It is true that mortality from diarrhea and enteritis is highest in early life anywhere in the world, but it is no less true that after the San Felipe hurricane we had many cases of typhoid fever and that small epidemics very often break up in the island, which happily are readily stamped out.

The same etiological factors: contaminated water supply, unsanitary dairy and food supply, unhyiegenic way of living and ignorance as to sanitary precautions, govern both diarrhea and enteritis and the Typhoid group of infections.

Clinically no body would have made another diagnosis in this case than that of acute ileo-colitis.

We do not doubt, then, that had stool and blood examination been made on some of the many thousands cases of diarrhea and enteritis, the number of children in the morbidity list of the Typhoid-Paratyphoid group would have been increased.



BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO CADA DOS MESES BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

Año XXII. | Mayo y Junio de 1930. | Núm. 177.

NOTAS EDITORIALES

Cáncer y Radium.

Nuestros lectores habrán seguramente notado que hemos reproducido últimamente algunos trabajos extranjeros acerca del cancer.

En próximos números aparecerán también estudios originales de médicos del país.

Somos de opinión que es necesario que se persista y hasta que se intensifique la campaña tendente a combatir las altas cifras de mortalidad infantil y de tuberculosis pulmonar.

Que se combata enérgicamente las enfermedades tropicales endémicas y que se busque solución permanente al magno problema de la desnutrición que diezma nuestras clases pobres.

Pero no olvidemos las enfermedades que por su extensión universal se presentan también en Puerto Rico, causando ya una cifra de mortalidad notable y demostrando tendencias a aumento en su morbilidad.

Nos referimos hoy al cancer.

Es rara ya la persona en Puerto Rico que no sepa cuales son los primeros síntomas de una tuberculosis pulmonar y muchos casos por consiguiente pueden ser tratados con éxito desde el comienzo de la enfermedad. En cambio muy pocos saben lo que es el cancer en su principio y cuales son sus primeras manifestaciones.

La inmensa mayoría son operados o irradiados con muy dudosas posibilidades de éxito, cuando ya la lesión se ha extendido considerablemente.

De acuerdo con un estudio estadístico del cancer publicado por el Dr. Díaz García en este Boletín el año 1927, de un total de 31,350 defunciones que ocurrieron en la isla en el 1925; 494 fueron producidas por el cancer, arrojando una mortalidad de alrededor de 35.5 por cada 100,000 habitantes. Y de 1000 casos de enfermos admitidos en un hospital general de la isla, 40 de ellos fueron operados o diagnosticados cancer.

Se impone pues en Puerto Rico como se está ya haciendo en todos los países civilizados del mundo una campaña de divulgación científica contra el cancer en la cual debemos intervenir las asociaciones conjuntamente con el gobierno.

Por nuestra parte ya hemos empezado esa obra.

Durante la próxima semana la Asociación Médica de Puerto Rico organizará dos asambleas para la propaganda educativa contra el cancer. La primera se celebrará en San Juan y la otra en Ponce. En ambas asambleas se exhibirán dos películas que hemos conseguido de la "American Society for the Control of Cancer". Una científica: "Dr. Canti's Cancer Film" y la otra preparada especialmente para el público profano, se titula "This Great Peril".

En cuanto al Radium y la necesidad

que tiene el país de el establecimiento de un centro de Radium para el estudio y tratamiento del cancer lo dejaremos para discutirlo en una próxima crónica después de la celebración de dichas asambleas.

Para nuestros subscritores y anunciantes.

Sentimos especial gusto en anunciar a nuestros subscritores que, a partir de este número, la publicación del Boletín, tanto en lo administrativo como en lo económico, estará a cargo de miembros de nuestra clase.

Es nuestro deseo levantar el nivel científico del Boletín a la altura de las publicaciones más prestigiosas de los Estados Unidos y de Europa. Con relación a nuestros anunciantes queremos indicarles que nuestro objetivo será aceptar los anuncios de aquellas casas productoras que se ajusten a los principios de la ética profesional. Solicitamos, por lo tanto, ayuda y cooperación de los médicos subscritores de esta revista para aquellos anunciantes que aparezcan en las páginas de nuestro Boletín.

Asambleas de Distrito.

La asamblea del distrito de Guayama, celebrada en Cayey el 9 de marzo, y después de la publicación del último número del Boletín, resultó una de las reuniones más concurridas del pasado año. El Dr. Juan H. Font y la directiva del distrito deben sentirse satisfechos de su esfuerzo para la organización de la asamblea científica, y la preparación de la fiesta que se celebrara a la terminación de la sesión científica.

La asamblea de Mayagüez celebrada el 27 de abril, sobrepasó tanto por el número de los concurrentes como por la cantidad de los trabajos presentados, a todas las asambleas de distrito celebradas el año pasado. Allí se congregaron más de sesenta médicos, muchos de los cuales tomaron parte en las discusiones de los trabajos presentados. En la discusión subsiguiente a la lectura del trabajo "El Pneumotorax Artificial en la Práctica" tomaron parte los tisiólogos de la isla y podemos decir que esta discusión ha sido una de las más completas exposiciones que hemos oído sobre un tema de tanta trascendencia en nuestro armamentarium terapéutico regional.

Como antes dijéramos el Dr. Perea y la directiva del distrito de Mayagüez deben sentirse satisfechos y orgullosos del éxito de su asamblea. Y para el Sr. Manuel Marín quien bondadosamente obsequiara a la concurrencia con una comida en el hotel "La Palma," vayan nuestras gracias más sinceras.

Drogas narcóticas.

Queremos llamar la atención a nuestros asociados a la renovación de la licencia para prescribir y administrar drogas narcóticas. Desde el año pasado esta licencia sólo cuesta un dólar. En cumplimiento de la ley deberán ser renovadas antes del día 30 de Junio.



ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE LA FIEBRE ONDULANTE

DR. P. MORALES OTERO

La denominación fiebre ondulante de los ingleses parece ser la designación más exacta de este sindrome morboso, por cuanto el nombre fiebre de malta o del Mediterraneo, parece indicar que la enfermedad prevalece solamente en estos lugares. Sabemos que este concepto es erróneo, pues la enfermedad existe ya en Europa y en América.

La fiebre ondulante pertenece a las enfermedades septicémicas de curso típicamente crónico, caracterizado, por largos períodos febriles, interrumpidos por períodos apiréticos. Puede haber estreñimiento alterando con diarrea, dolor de cabeza, dolores reumáticos intensos, artritis, escalofríos, y engrandecimiento del bazo.

El agente etiológico es el mal llamado microco-melitensis — no es de forma cocoide, es un bastoncito muy corto que mide de 3 a 5 micias de anchura, se decolora por el método de Gram y no es movible, no fermenta, ni produce ácido en ninguna de las azúcares, y crece pobremente en los cultivos ordinarios.

Se demuestra por cultivos de sangre periférica en los pacientes afectados de la enfermedad y por cultivos del bazo e los animales experimentales.

Las siembras producen pequeñas colonias, transparentes como gotas de rocío que aparecen dos o tres días después de verificada la inoculación.

Este organismo fué descubierto por Bruce en el año 1887 y en su honor ha sido designado como Brucella Melitensis.

La enfermedad se trasmite al hombre por la ingestión de leche de animales afectados. En la isla de Malta 10% de las cabras segregan Bacilos virulentos en la leche y el 50% de ellas demuestran aglutininas específicas. El uso de la leche de cabra fué suprimido al ejército en el Mediterráneo, y esta medida dió por resultado la disminución de la fiebre de Bruce.

Allá por el año 1905, sesenta y cinco cabras fueron embarcadas en Malta con destino América, la tripulación del barco usó la leche de cabra como alimento durante la travesía. Toda la tripulación desarrolló fiebre de Malta. Solamente 60 cabras llegaron a América, pues cinco murieron en la travesía. De las 60 sólo 32 dieron una prueba de aglutinación positiva, y muchas de ellas segregaban el bacilo virulento en la leche.

En 1897 o sea diez años después de Bruce haber descubierto el agente casual de la fiebre maltesa, Bang descubría el Bacilo Abortus, causa del aborto en el ganado vacuno.

Este organismo se encuentra en la secreción vaginal y en la placenta de los animales afectados. Puede ser ingerido por el animal con los alimentos, o puede trasmitirse por contacto genital con animales afectados.

Una vez contraída la enfermedad el germen se localiza en la placenta donde produce, pequeños abcesos, hasta producir el aborto. El animal puede convertirse en un portador del germen y segregarlo en la leche. No fué hasta el 1918 en que Alice Evans del Laboratorio de

Higiene de Estados Unidos, estudiando la flora bacteriana de la leche de vaca, encontró gran parecido entre el organismo de Bruce y el de Bang. Trabajos subsiguientes hechos por ella y otros autores han demostrado que estos organismos son idénticos y solo pueden ser diferenciados por la absorción de aglutininas. Numerosos investigadores creyeron posible que este germen fuera patógeno al hombre y produjese una fiebre similar a la fiebre de Malta. Existían en ese tiempo numerosos casos de fiebre indefinidas de larga duración, sin diagnóstico y el hallazgo y sugerencia de Miss Evans trajo consigo la investigación de los mismos. En 1924 Keefer del Hospital de Johns Hopkins encontró el primer caso de infección humana en que el Bacilo Aborto de Bang, fué aislado de la sangre del paciente.

Desde entonces se han informado centenares de casos en los Estados Unidos y Europa.

Carpenter y King han informado 155 casos en los que 109 son atribuídos a la ingestión de leche de vaca contaminada con el organismo del aborto contagioso.

Se han informado casos similares en Nueva York, Washington, California, Illinois, Iowa, Ohio, Indiana y Connecticut.

Generalmente es admitido que hay tres especies del organismo, la especie caprina, la porcina, bovina, y, como su nombre indica, tienen por huésped al cabro, el cerdo y la vaca.

En el año 1923, mientras trabajábamos en el Laboratorio Biológico del Departamento de Sanidad, fuimos llamados por el doctor Alfonso Rivera, veterinario de la Estación Experimental del Departamento de Agricultura, para determinar el factor etiológico de repetidos abortos ocurridos en las lecherías de Río Piedras. El aborto endémico del ganado vacuno no se conocía en la isla en aquel tiempo, pero la frecuencia con que abortaban las vacas en las ganaderías de Río Piedras, hizo sospechar la presencia de la enfermedad.

Después de repetidos exámenes bacteriológicos de exudados y secreciones de las vacas abortadas, conseguimos cultivar un organismo pequeño muy parecido al de Bang. Las inoculaciones experimentales hechas no tardaron en corroborar nuestras sospechas. La enfermedad se extendía rápidamente de ganadería en ganadería y atacaba a las vacas nativas lo mismo que a las importadas.

Al comienzo de la enfermedad los peritos del Departamento de Agricultura aconsejaron que se cuarentenara y se sacrificara todo ganado afectado. Pero la enfermedad se diseminaba tan rápidamente y era tan grande el número de animales afectados que se hizo imposible esta medida y fué necesario aconsejar entre otras medidas la vacunación.

La venta de ganado infectado a bajo precio y el traslado de este ganado a otras ganaderías, ha diseminado la infección por la isla, además se continúa importando ganado de Nueva York y Tejas, sin tener en cuenta si son portadores del germen del aborto, de manera que el ganado que llega a nuestras playas infectado constituye un factor importante en diseminar la infección. Al presente la enfermedad está bastante extendida por la isla, aunque no revela el carácter virulento y explosivo que tenía en 1923.

Nos parece que hay varios factores responsables de este cambio aparente, entre ellos la inmunidad adquirida por los animales al estar en contacto con el germen, la acción de la luz solar sobre el organismo, la vacunación y la campaña de edu

cación y vulgarización llevada a cabo p el Departamento de Agricultura.

Con el objeto de probar la acción sol sobre el Bacilo del aborto expusim emulsiones de bacilos en tubos de cuar zo al sol. Los tubos eran expuestos c un envase con hielo y por medio de ur termómetro paralelo a los tubos se controlaba la temperatura. Cada media hora se removía un tubo y se hacía un conteo del número de bacterias contenidas en la emulsión.

La emulsión con que comenzamos el experimento contenía 100,000,000 de bacilos por cc.

Después de media hora de exposición, 5,568,000 Bacilos por cc. A la hora de expuestos 248,000; a la hora y media 2000; a las dos horas 600; a las dos horas y media 4 bac. por cc. y a las tres horas completamente esteril.

El experimento fué repetido varias veces con resultados similares.

Entonces tratamos la acción de la lámpara alpina exponiendo los tubos de cuarzo con emulsiones de Bacilos vivos en idénticas condiciones al otro experimento. Prendimos la lámpara dejándola calentarse por diez minutos antes de exponer los tubos a la luz. El arco de la lámpara estaba a 12 pulgadas de la superficie de los tubos y un termómetro paralelo a los tubos registraba la temperatura. Cada tubo era expuesto cinco minutos más que su compañero de manera que el primer tubo sólo estuvo cinco minutos de exposición mientras el sexto tubo estuvo media hora.

Los resultados fueron los siguientes: solución sin exponer 100,000,000 de Bac., tuvo expuesto 5 minutos, 5,200,000; 10 minutos, 81,000; 15 minutos, 4,000; 20 minutos, 1,000; 25 minutos, 3, y 30 minutos, 2 colonias. Estamos seguros que de haber expuesto otro tubo, 5 minutos más, hubiéramos conseguido la esterilización de los cultivos. Como en estos experimentos excluímos el factor calor, decidimos repetir el mismo sin controlar la temperatura. El máximum de temperatura registrado por el termómetro fué de 42°C.

Los cultivos fueron esterilizados en tres horas. Para demostrar la acción del calor sometimos las emulsiones a 42°C en baño de María, retirando cada tubo intervalos de media hora de manera q el tubo II estuvo media hora; el II u hora, etc., etc.

Los resultados fueron como sigue:

Tubo	I testigo sin exponer . .	. . .	100,000,000 Bac por cc.
"	II expuesto media hora. .	. . .	100,000,000
"	III expuesto una hora . .	. . .	90,000,000
"	IV expuesto hora y media .	. . .	40,000,000
"	V expuesto dos horas . .	. . .	10,480,000
"	VI expuesto 2 horas y media	. . .	700,000
"	VII expuesto tres horas . .	. . .	308,000

Como demuestran los experimentos que anteceden, la luz solar tiene un efecto destructivo sobre estos organismos, produciendo la esterilidad de los cultivos expuestos a las tres horas.

Los gérmenes que sobrevivieron la exposición más larga, esto es la de dos horas y media fueron cultivados en caldo e inyectados en ratas para probar si su virulencia había sido afectada. La virulencia no es aparentemente afectada por la luz solar, por cuanto una vez que crecían en caldo en número suficiente mataban las ratas inoculadas con la misma rapidez que lo hacían los cultivos no expuestos.

Otro de los puntos objeto de estudio por nosotros fué la Vacunación. Algunos recomendaban la vacuna con cultivos vivos, mientras otros la condenaban y usaban cultivos muertos.

Con el objeto de comparar ambos métodos vacunamos grupos de conejos por vía subcutánea con cultivos muertos (expuestos por una hora a 60°C.) y cultivos vivos; también vacunamos un grupo con una vacuna del colibacilo para usarlo como testigo. Se vacunaban los conejos cada cinco días por vía subcutánea, la primera dosis de ½cc., la segunda de 1 cc., y la tercera de 1 cc. también. A los ocho días se sangraban los conejos y se titulaba el suero de cada uno con el objeto de encontrar cual aglutinaba el organismo a título más alto.

Los resultados fueron los siguientes:

Conejos vacunados con cultivos vivos aglutinación a 1/640.

Conejos vacunados con cultivos muertos aglutinación a 1/160.

Conejos testigos 1/10.

Como se verá los conejos vacunados con cultivos vivos daban un suero cuatro veces más potente que los vacunados con cultivos muertos. El mismo experimento fué repetido con novillas cuyo suero había sido probado antes de vacunarse.

Dos grupos de novillas de 10 cada uno fué vacunado. Un grupo con cultivos vivos, el otro con cultivos muertos.

La vacunación se efectuó dando una sola dosis de 20 cc. de una emulsión conteniendo 1,000,000,000 de Bac. por cc. por vía subcutánea.

A los ocho días de vacunadas se extraía sangre a la novilla y se hacía la prueba de aglutinación. El título del suero de las novillas vacunadas con bacilos muertos fluctuó de 1/640 a 1/2560, y el de las vacunadas con cultivos vivos de 1/3120 a 1/6240. Una vez conocidas las propiedades de la vacuna decidimos vacunar en gran escala y observar los animales vacunados por dos años después de la vacunación.

Los resultados fueron los siguientes:

Vaq.	1—60	vacas	vacunadas	con	cultivos	vivos—abortaron		1— .6%
"	II—200	"	"	"	"	"	"	6— .3%
"	III—200	"	"	"	"	"	"	7—3.5%
"	IV—140	"	"	"				3—2.1%
"	V—200	"	"	"				10—5. %
"	VI—200	"	"	"				8—4. %

En total se vacunaron 1000 animales con 3.2% de abortos en los dos años de observación.

Se usaron como testigos dos ganaderías.

Vaq. VII—60 vacas vacunadas con cultivos muertos——abortaron 15 o sea el 25%.

Vaq. VIII—150 vacas no vacunadas abortaron 53 o sea el 35.3%

Como se verá por las cifras que anteceden la vacuna de cultivos vivos es eficaz en cuanto a evitar el número de abortos en una ganadería infectada. Tiene la objeción que mantiene la infección en el ganado y puede producir portadores del germen que segregan el organismo por la leche. Apesar de sus grandes inconvenientes es el único agente conocido que reduce notablemente el número de abortos en las ganaderías infectadas. El método ideal, sin embargo sería la cuarentena y aislamiento del ganado infectado y la formación de nuevas ganaderías con animales sanos.

Otro punto de interés en nuestro estudio era probar si las distintas especies del Bacilo aborto al ser ingeridas por el hombre producían una enfermedad parecida a la fiebre maltesa.

Hay por ejemplo la posibilidad de que el ganado se infecte con la especie Caprina o Porcina del germen y lo trasmita por la leche produciendo la enfermedad en el hombre. Pudiera ser sin embargo que el Bacilo Bovino de por sí sea patógeno al hombre y una vez ingerido en suficiente cantidad produzca la fiebre.

Con el objeto de estudiar estos puntos planeamos experimentos en que al mismo tiempo que infectábamos ratas para probar la virulencia del germen, alimentábamos individuos que voluntariamente se prestaban a nuestros experimentos.

Un cultivo de 24 horas en caldo se vertía en un vaso de leche pasteurizada y se le dejaba ingerirlo en nuestra presencia. Al mismo tiempo se inyectaba al peritoneo un arriero blanco con 1 cc. de un cultivo similar al ingerido por el paciente.

Luego se observaban ambos.

Caso I. A. L. Mulato. Pesa 132 lbs. 28 años.—Ingirió un cultivo de 24 horas en caldo de B. aborto (Hyg. Lab. 456)—en julio 19, 1929. La misma mañana fué inoculado un arriero blanco que murió 6 días después—julio 25, 1929. Al autopsiar el animal reveló la presencia de lesiones típicas de la enfermedad. El organismo se aislo de los órganos en cultivo puro y se demostró la presencia del organismo en los cortes histopatológicos.

El enfermo continuó sin novedad hasta el 15 de agosto en que abandonó el Hospital, el hemocultivo y la prueba de aglutinación fueron negativos en esta fecha.

Caso II. F. G., edad 29 años—Blanco. Pesa 144 libras.—Ingirió un cultivo de B. aborto School of Tropical Medicine No. 20) el 25 de julio del 1929. Al mismo tiempo se inoculó el arriero por el método ya descrito.

El 23 de julio o sea 28 días después de inoculado su estado era anormal.

Decidimos reinocularlo con un cultivo de 48 horas del mismo organismo y así lo hicimos el 23 de julio. En julio 2! (2 horas después de haber ingerido el cultivo) el paciente se queja de dolor en el vientre, tiene náuseas, ha pasado con diarrea toda la noche haciendo ocho deposiciones en las últimas 4 horas, marca temperatura de 37.6°C.; pulso 105. El próximo día julio 25, los síntomas han cedido notablemente, no tiene fiebre, ni dolor de cabeza, se siente muy débil y no

tiene apetito. Al día siguiente el enfermo vuelve a su estado normal.

El ocho de agosto abandona el hospital, la prueba de aglutinación y el cultivo de sangre son negativos. El arriero fué muerto y autopsiado 30 días después de la inoculación. No presenta lesión alguna que demuestre infección. Los cultivos hechos de las vísceras son negativos y los cortes histopatológicos, revelan vísceras normales.

Este caso corrobora la experiencia de otros autores. El germen cuando se cultiva por mucho tiempo en medios artificiales pierde su virulencia y se torna inofensivo. Este cultivo había estado por varios años en la colección de la Escuela de Medicina Tropical.

Caso III. Z. M. Mulato de 36 años. Pesa 140 libras.—Ingirió un cultivo de 24 horas en caldo de B. aborto, tipo (Porcino 483) en julio 23, 1929. El mismo día es inoculado el arriero. En la tarde del 25, el arriero muestra parálisis de ambas patas traseras y el 26 por la mañana amanece muerto. Las siembras hechas de las vísceras revelan la presencia del organismo inyectado. Los cortes patológicos hechos, revelan las lesiones típicas y también el organismo en los tejidos.

El paciente fué observado hasta agosto 9 (17 después de la inoculación) y se encuentra perfectamente normal. Decidimos darle un nuevo cultivo de 24 horas en leche.

El paciente sigue bien hasta agosto 27 (17 días después de la segunda inoculación) en que siente flojera en las rodillas, se siente mareado, ha perdido el apetito, pero no tiene fiebre, el 29 de agosto empieza a tener fiebre de 37.6°C., pulso de 85 y respiración de 20. Tiene dolor en la región del bazo. El próximo día el paciente se siente peor, tiene fiebre alta y se queja de dolor agudo en la rodilla izquierda.

Examen de sangre para malaria es negativa, hemocultivo es negativo, reacción Widal, negativa.

Contaje diferencial: Poly. 63, linfocitos grandes 4%; Linfocitos pequeños 33% contaje total, glóbulos blancos 3,000 por m. c.

El paciente continúa teniendo temperatura alta todas las tardes 38.5 la fiebre es más baja por la mañana. El 2 de septiembre el hemocultivo fué positivo de Bac. aborto tipo Porcino. El 6 de septiempr el dolor de la rodilla desapareció, y empezó a quejarse de dolores agudos en el hombro izquierdo. En septiembre 7 la fiebre cedió por completo y la temperatura se mantuvo normal por dos días, para volver a subir en la misma forma que anteriormente. En septiembre 14, después de 18 días de enfermedad la prueba de aglutinación es positiva en dilución de 1 en 100.

Otros dos enfermos fueron inoculados por métodos similares, uno con Bacilo Bovino aislado en Puerto Rico (P. R. No. 1) y otro con Bac. (Bovino Hyg. 428) ninguno de los dos casos desarrolló la enfermedad, aunque los arrieros inoculados murieron y el organismo se demostró en los cultivos de las vísceras.

Mientras verificábamos estos trabajos el doctor Amoss de Johns Hopkins publicó un método para aislar el organismo de la excreta de los pacientes afectados.

Con el objeto de poder probar que el germen al ser ingerido por el enfermo atravesaba el canal intestinal, planeamos un nuevo experimento alimentando dos pacientes con cultivos repetidos hasta poder demostrar la presencia del organismo en las heces fecales.

Dos pacientes fueron inoculados con cinco cultivos consecutivos durante los días 26, 27, 28, 29 y 30 de agosto. Uno B. aborto Bovino (456), otro Bac. aborto Porcino (483) en ambos se demostró la presencia del Bacilo en la excreta.

El enfermo inoculado con el organismo porcino desarrolló la enfermedad (a los 15 días de la ingestión de la 1ra. dosis y a los 11 días de la última). El otro enfermo inoculado con el tipo bovino, continuó sin novedad.

* Leído en la Asamblea de Arecibo—1929.

SINTESIS DE NORMAS PARA EL DIAGNOSTICO DE LAS NEUROSES

POR LUIS M. MORALES, M. D. (*)

Muéveme a ocupar la atención de tan distinguida concurrencia, el deseo de aclarar el concepto de las Neuroses como entidades nosológicas. Aunque no es éste un informe de investigaciones originales, por lo menos es el producto de un cuidadoso repaso de la literatura contemporánea sobre la materia, acompañado de una correspondiente corroboración en la clínica.

La tendencia hoy es a considerar las Neuroses como reacciones de defensa del individuo mal adaptado al ambiente. Se le está dando actualmente más importancia al estudio de la etiología y los mecanismos mentales de las neuroses, que a su sintomatología.

La reacción mental de tipo neurósico bien puede deberse a la influencia de una anormalidad en el orden somático, y Strecker (1) informa que durante los últimos 7 años en la Clínica Neuropsiquiátrica del Pennsylvania Hospital", en la que una tercera parte de los pacientes que a ella acuden son psiconeurósicos, ha sido su costumbre hacer rutinariamente exámenes completos, físicos y de laboratorio en cada caso, y que en casi un 50% de los casos halló evidencia de enfermedades somáticas definidas, entre las que cita la lues, la tuberculosis, disfunciones endocrinas, arterioesclerosis, anemia, amigdalitis, apendicitis crónica, prostatis, etc. Al otro extremo están los de la escuela psicoanalítica que le dan a las neuroses una interpretación puramente psicológica.

Las manifestaciones clínicas de las neuroses no se pueden delinear con absoluta precisión, pero para fines prácticos el médico debe por lo menos saber distinguir entre la Histeria, la Neurastenia, la Psicastenia y la llamada Neurosis de Angustia. Amenudo obsérvanse tipos mixtos, y existen ciertos síntomas como la ansiedad, el insomnio y la cefalalgía, que son por regla general comunes a todos los tipos de neuroses. Siempre predomina, sin embargo, un grupo de síntomas que caracterizan el síndrome especial.

Definir las neuroses y discutir su etiología sería tarea tan difícil y larga, que ni siquiera la intentaremos en el corto tiempo que tenemos a nuestra disposi-

* Leído ante la Asamblea Anual—Dbre. 21, 1929.

ción. Nos limitaremos, pues, a apuntar algunas observaciones generales y a trazar un esquema para la clasificación y diferenciación de estas condiciones psico-patológicas que tan frecuentemente encuentra el médico práctico en su ejercicio. Bástenos decir, sobre etiología, que los pacientes neurósicos padecen de lo que pudiéramos llamar "emoción crónica". Los psicopatólogos de la escuela froidiana creen que las neuroses son el resultado de un conflicto entre el "Id" ("Das Es") o sea la parte instintiva, animal, del individuo, y el "Superego" o "Yo-ideal" que por un mecanismo de "introyección" se forja cada cual, tomando de su medio ambiente lo más digno, lo más moral, lo más ético y noble. Este choque produce los fenómenos que constituyen las neuroses, y que varían, desde una simple fobia y obsesión, hasta una parálisis motriz o una convulsión histérica.

No existe el "dolor imaginario." Lo que sí hay son síntomas de conversión (mecanismo por medio del cual un conflicto psíquico se traduce sn síntomas físicos.)

Cada individuo se ha forjado, de acuerdo con su cultura y sus conocimientos, una imagen mental de sus órganos corporales, y el individuo neurósico siempre desarrolla síntomas de acuerdo con las ideas que se haya forjado de su propia anatomía y fisiología. De aquí que el neurósico presente síntomas físicos parecidos a los producidos por estados orgánicos patológicos.

CLASIFICACION Y SINTOMATOLOGIA GENERAL

Hasta la fecha no existe una clasificación completamente satisfactoria de las neuroses. Cada autor insiste en un esquema. Por sencillo y lógico usaremos aquí el que nos diera LEWIS (de Washington) en comunicación personal: Divide él las neuroses en dos grandes grupos. Primero: VERDADERAS NEUROSES. Predominan los síntomas físicos. Incluye (a) la NEURASTENIA y (b) la NEUROSES DE ANGUSTIA. Segundo: PSICONEUROSES. Predominan los síntomas psíquicos. Incluye: (a) HISTERIA, (b) PSICASTENIA, y (c) la HIPOCONDRIA.

1-(a) NEURASTENIA. Se caracteriza por una gran fatigabilidad, generalmente inducida por un ligero esfuerzo mental o físico. Astenia, preferentemente matinal: el neurasténico se levanta más cansado de lo que se acuesta. Insomnio, siempre exagerado por el enfermo al hablar de su dolencia. Gran debilidad genital. El neurasténico es egoísta, egocéntrico, preocúpase excesivamente de sí mismo, se entristece y no presta atención a nada que no se relacione con su enfermedad. Su humor es deprimido. No puede tolerar ruidos, no puede concentrarse. Se queja de falta de memoria (lo que en realidad es debido a pobreza de atención). Le es imposible llevar a cabo cualquier tarea recreativa o prolongada. Síntoma frecuente es el dolor de cabeza en forma de cinturón elástico que se estrechara alrededor del cráneo, y sensación de presión sobre la cabeza y en la región occipital. Síntoma mental frecuente es el "miedo a la locura". Los síntomas locales pueden simular afecciones orgánicas de cualesquiera de los sistemas: respiratorio, gastrointestinal, circulatorio, vasomotor, etc. Los que dan más colorido al cuadro neurasténico son los de orden genital: Impotencia y emisiones frecuentes en el hombre; dismenorrea y dispareunia en la mujer. Ninguna de estas dolencias puede corroborarse

por medio del examen físico. El dolor en la espalda y en la cintura (lo que comunmente los pacientes llaman "dolor en los riñones") es síntoma casi universal. Los mareos, las sensaciones vertiginosas y el insomnio rara vez están ausentes.

1-(*b*) NEUROSIS DE ANGUSTIA. Se manifiesta como una gran ansiedad morbosa, un miedo inexplicable que domina al individuo. Existen síntomas físicos concomitantes que son los mismos que generalmente acompañan al miedo, particularmente perturbaciones cardíacas y vasomotrices: sensación de sofocación, de ahogo; irregularidad del pulso; sudor, náuseas, mareos, temblores, perturbaciones térmicas, dificultad en la locomoción y una sensación de muerte inminente. La Neurosis de Angustia es definida por HOCHE así: "Miedo, más sensaciones físicas especiales." "La Neurosis de Angustia no es sino un síndrome autónomo de raigambre ansiosa" (2.) El ataque de angustia, que le caracteriza, es un síndrome que una vez observado por uno en un paciente, es difícil olvidar. No describiremos aquí un ataque típico por falta de tiempo. Su base es decididamente sexual.

II. Las Psiconeuroses: A-Histeria, B-Psicastenia, C-Hipocondría.

II-(*a*) HISTERIA: Los síntomas generales son tan numerosos que casi es imposible mencionarlos sin darle proporciones enciclopédicas a un trabajo. Tampoco es necesario hacerlo. Basta conque se comprenda el mecanismo de su producción (origen psicógeno) y se recuerde que escasamente existe un signo o síntoma de enfermedad orgánica que no pueda ser simulado por un histérico. Lo que caracteriza la llamada "constitución" o "personalidad histérica", es una reacción infantil hacia la vida, la inhabilidad para adaptarse a un nivel de realidad (3). La trama del carácter histérico es hipersensible, muy irritable, egocéntrico, impulsivo. Su afectividad es escasa. Siéntese entusiasmado y deprimido alternativamente. Tiene accesos de risa, y también de llanto. No soporta las contrariedades. Necesita ser mimado constantemente. Como todo niño, se adjudica el papel de protagonista y trata de dominar la escena de modo verdaderamente histriónico. Y—como dice Juarros—"si para ello hace falta simular una enfermedad, la simulan. Y si es preciso mentir, mienten. Mienten descarada, absurda, noveleramente" (pseudología fantástica). El histérico es en todo exagerado. Una pequeña desazón origina una crisis convulsiva. Es afectuoso y susceptible al mismo tiempo (ambivalente). Es con frecuencia cruel con los seres amados (sadismo). Vive una vida de pueril fantasía, y es muy dado a "soñar despierto" (pensamiento autístico). Una característica marcada es su gran sugestibilidad, extremada y anormal. Sexualmente no ha llegado a la madurez. A pesar de sus instintos "pasionales" y un marcado auto-erotismo, el varón es casi siempre impotente, y frígida la mujer. En resumen, según WESCHLER, lo que caracteriza a la histeria es una persistencias de tendencias infantiles y un desarrollo psico-sexual anormal.

Proteiformes, kaleidoscópicas son las manifestaciones histéricas. Hay signos y síntomas llamados "de conversión", tanto en el orden sensorial como en el motor. En el primero están las anestesias, parestesias, las anormalidades de todos los sentidos. En el motor, parálisis de todas variedades. Carecen estas manifestaciones de evidencia neurológica para demostrar una base orgánica. La Escue-

la Francesa de Neurólogos ha tratado de diferenciar estos casos del verdadero histerismo, y los clasifica en un grupo intermedio entre la enfermedad orgánica y la funcional, llamándolos "Parálisis Reflejas" (4). Mencionaremos, como de especial interés, las actitudes y posturas patológicas que pueden ocurrir. El paciente puede asumir las llamadas "actitudes plásticas" apasionadas, en las que se retrata el miedo, el coraje, la devoción o el éxtasis. Fresco en la memoria tengo un caso que tuve la oportunidad de ver en consulta con un compañero, en Santurce, la semana pasada,, y que exhibía la llamada "attitude passionelle" de los franceses, en la que se expresa emoción sexual. En este caso la enferma, una muchacha joven, de constitución francamente histérica según determinamos por la anamnesis, caía diariamente víctima de un "ataque". Durante el ataque que duraba unos cinco minutos, según pudimos comprobar, la paciente imitaba los movimientos del acto carnal. Otra de las manifestaciones histéricas que he visto aquí en distintas ocasiones es la llamada "Narcolepsia" o letargo histérico. El sonambulismo es un automatismo histérico. Otro síntoma mental característico es el llamado "fuga histérica" durante la cual el paciente está amnésico y actúa automáticamente. Los casos de "doble personalidad" tan explotados por los novelistas son también fenómenos histéricos de gran interés.

II-(*b*) La PSICASTENIA se caracteriza por medio de fobias, dudas morbosas, obsesiones, actos impulsivos y ansiedad. No existen perturbaciones de la conciencia como en la histeria. "El diagnóstico de Psicastenia ofrece pocas dudas. El psicasténico es un escrupuloso detallista, y es meticuloso hasta la puerilidad." La voluntad se paraliza ante la obsesión, produciendo la "abulia" de Janet.

II-(*c*) La HIPOCONDRIA. Según Juarros, es una variante de la Psicastenia. Pero las obsesiones tienen todas, por contenido, preocupaciones relacionadas con la salud. El punto esencial es que el paciente hipocondríaco se preocupa constantemente de todas sus funciones orgánicas, y continuamente está pendiente de que trabajen sus órganos. Va de médico en médico, o de curandero en curandero, o compra cuanto patentizado ve anunciado. El enfermo, inquieto siempre por su salud, pendiente de ella de modo obsesivo, tómase constantemente el pulso, se mira la lengua al espejo y apunta las sensaciones más nimias. A veces este estado se agudiza hasta llegar a las fronteras de una verdadera alienación, con percepciones anormales de orden cenestésico. Síntomas leves de Hipocondría dan casi siempre colorido a todas las otras formas de neuroses.

En el diagnóstico diferencial de las Neuroses, hay que considerar: (1) Diferenciación entre enfermedad orgánica y psicógena (2) Diferenciación de las Neuroses entre sí. (3) Diferenciación entre las Neuroses y las formas fronterizas de locura. (4) Entre las Neuroses y las simulaciones. La primera clase de diferenciación, o sea entre enfermedad orgánica y psicógena, es la que más interesa al médico general, y acerca de esto diremos breves palabras. Las otras formas del diagnóstico diferencial son más bien de interés al especialista. Nos circunscribiremos a hacer mención de algunas condiciones orgánicas que son susceptibles de ser confundidas con las neuroses. Para hacer el diagnóstico es preciso hacer una minuciosa exploración física del enfermo, así como investigar los factores psicógenos que pudieran producir los

síntomas. No es menos peligroso el hacer un diagnóstico de "tumor cerebral" que de "histerismo". La diferenciación estriba precisamente en un examen físico cuidadoso y una buena anamnesis.

Tomemos la Neurosis de Angustia, por ejemplo. Debemos pensar en condiciones cardiovasculares, especialmente "angina pectoris" en pacientes de edad madura. También las "crisis neurotónicas" deben considerarse. Individuos con la enfermedad de Basedow pueden presentar síntomas de ansiedad. En estos casos es preciso estudiar el metabolismo, palpar la tiroides, etc. Las glándulas de secreción interna deberán investigarse en todos estos casos. Pero casi siempre lo que nos dá el punto definitivo para establecer el diagnóstico de Neurosis de Angustia, es la historia sexual del paciente. Una historia de "coitus interruptus", abstinencia forzada, miedo al embarazo, en una palabra, sexualidad insatisfecha, señala directamente una causa de ansiedad morbosa.

Otro punto que vale la pena recordar es que casi siempre en los neuróticos han habido manifestaciones durante la adolescencia o la niñez. En un paciente de más de 40 años de edad, que hasta la fecha haya estado bien adaptado, que no haya tenido anteriormente síntomas neuropáticos, se debe ser muy cuidadoso al establecer un diagnóstico de neurastenia o cualquier otra neurosis. Las causas más probables de la enfermedad en un caso como éste, son: una arterioesclerosis incipiente, un principio de paresis general, enfermedad de Addison, o tuberculosis. Y aquí en Puerto Rico, debido a la frecuencia de la lues, debemos tener esto en cuenta, aún en las personas jóvenes. El mes pasado tuve la oportunidad de ver tres casos que ilustran lo que acabo de decir: dos varones, uno de 45 años y otro de 18, y una señora de 26 años de edad, los tres con síntomas neurasténicos marcados. Habían tratado de sanar a fuerza de inyecciones reconstituyentes o pociones sedantes. Pudimos establecer en cada caso un diagnóstico de Neurosífilis, comprobándolo con análisis del líquido cefaloraquídeo.

Un carcinoma latente de las vértebras, un "tic" o espasmo post-encefalítico, pueden llevar a uno a hacer un diagnóstico erróneo de neurosis, basándose en la ausencia de signos físicos.

En cuanto al diagnóstico de Histeria, la diferenciación debe ser hija de una minuciosa investigación física y mental. La epilepsia no debe confundirse con la histeria, y el diagnóstico de "Histero-epilepsia" no es menos descabellado que el arcáico de "Tifo-malaria."

Creemos, con WESCHLER, que a la altura a que se ha llegado en el conocimiento de estas condiciones, es un error el hacer un diagnóstico de "Neurosis" por exclusión solamente. Y dice el mismo autor: "El diagnóstico de las neuroses es al mismo tiempo el más simple a la par que el más difícil en todo el campo de la medicina. No exageraríamos al decir que se necesita más habilidad, conocimiento y entendimiento en éste que en cualquier otro ramo de la medicina, y sin embargo casi todo el mundo, no importa la clase o extensión de la información que posea, sustenta una opinión definitiva acerca de las neuroses y se cree competente para hacer un diagnóstico y hasta prescribir tratamiento. La palabra "nerviosismo" y la más desacertada frase "ataque de nervios" se usan para una multitud de condiciones, algunas de las cuales no tienen relación entre sí o no están relacionadas con las neuroses, y otras que por su complejidad confunden al internista más hábil. Aún prevalece entre un gran número de médicos la no-

ción de que si después de una completa exploración del enfermo no se encuentra signo alguno de enfermedad orgánica y no se puede establecer un diagnóstico, la manera más fácil de salir del paso es llamando "neurótico" al paciente, y pierden todo el interés en el caso, o bien lo tratan como si no estuviera realmente enfermo. En el otro extremo prevalece la tendencia a "trabajar" los casos, sometiendo a toda clase de exámenes y análisis a pacientes que sufren de un desorden psicogénico, cuya condición sería reconocida inmediatamente si el médico tuviese conocimiento de estas cuestiones y se diera cuenta de lo superfluo de investigaciones de laboratorio y exámenes clínicos para resolver estos problemas.

Esto no quiere decir, sin embargo, que una condición patológica orgánica no pueda existir en concomitancia con enfermedad psicógena, y si éste es el caso, por demás está hacer hincapié en la necesidad de los exámenes que estuvieren indicados y el tratamiento adecuado del estado orgánico. Pero el médico general debe tener suficiente habilidad para descubrir los factores psicogénicos, si los hay, y hacer un diagnóstico de neurosis inteligentemente y no sólo por exclusión.

BIBLIOGRAFIA

1—STRECKER and EBAUGH, Clinical Psychiatry; Philadelphia, 1928.

2—JUARROS, CESAR—Diagnósticos Psiquiátricos de Urgencia; Madrid, 1928.

3—WESCLER, I—A textbook of Clinical Neurology; Philadelphia, 1928.

4—NOYES, ARTHUR P.—Textbook of Psychiatry, New York, 1927.

5—JANET, P.—The Major Symtoms of Hysteria, New York, 1926.

6—FREUD, S.—La Histeria; Madrid, 1925.

7—JANET, P.—Medicina Psicológica, Madrid.

8—WESCHLER, I. — The Neuroses; Philadelphia, 1929.

SOBRE UN CASO DE QUISTE INTRALIGAMENTOSO DEL LADO IZQUIERDO, SUPURADO Y FISTULIZADO EN LA S. ILIACA

POR EL DOCTOR J. A. LOPEZ ANTOGIORGI

Profesor de Cirugía en la Escuela Médica del Hospital Policlinic de New York.

Sabido es que el ovario es tal vez el órgano más fértil para el desarrollo de neoplasias, especialmente de quistes: sus condiciones anatómicas son de lo más favorable para esto último. Su parénquima es, realmente, un conglomerado de quistes: los folículos de Graff. Ciertos productos de la vida embriónica, en forma de tubos, contribuyen, por medio de un proceso de oclusión, a frecuentes formaciones quísticas.

Con mucho, las neoplasias del ovario son sólidas y quísticas, siendo estas últimas, las que más amenudo ocurren.

Existen muchas clasificaciones acerca de los diferentes quistes aludidos, y una de las más aceptadas es aquella que los divide en:

Quistes simples
Quistes proliferantes
Quistes dermoideos.

No vamos a entrar en detalles que pue

den fácilmente obtenerse en los libros de texto, y sólo diremos, en conexión con esta materia, que los quistes ováricos pueden ser ya pediculados, sesiles o intraligamentosos. Esta última variedad es la que nos interesa en este trabajo.

El Parovarium u órgano de Rosenmuller (el epididimo de la mujer), está situado en el ligamento ancho, entre el ovario y la trompa de Falopio; es un residuo embrionario consistente en muchos tubos pequeños que se extienden entre el margen aderido o superior del ovario y la trompa de Falopio, donde terminan uniéndose a un tubo largo longitudinal. Esos tubillos dan a menudo lugar a quistes intraligamentosos, que pueden confundirse con los quistes ováricos.

Los quistes intraligamentosos, ya del ovario o del parovario, se desarrollan en el espesor del ligamento ancho, separando sus hojas peritoneales. El quiste separa, en su proceso de crecimiento, las hojas del mesovario y mesosalpinx, penetrando más tarde dentro de las del ligamento, hacia abajo, y adquiriendo tamaños variables; y sujetos, así mismo, a cualquiera de las complicaciones de los quistes del ovario, en general. Son aquellos muchos más difíciles de operar que las otras variedades de estos, o sean los pediculados, y, en ocasiones, cuando son de mucho volumen o están supurados, se hace imposible su extirpación total.

La inflamación o la supuración de esas masas tumorales es una de las complicaciones, una de la más importantes, por el peligro de rotura, en los casos agudos, ya dentro de la cavidad del peritoneo o de alguna víscera vecina como la vejiga o el intestino.

El caso que nos ocupa es uno de supuración de un quiste intraligamentoso, del lado izquierdo, roto dentro de la S ilíaca, produciendo una fístula que vertía dentro del canal intestinal, por espacio de un año.

El caso es el siguiente: Sra. E. Paulet, de 27 años de edad, casada hace varios años, sin hijos. Su padre murió de una afección cardíaca. No hay antecedentes morbosos de familia, de ninguna importancia.

La paciente no tiene en su historial clínico nada importante excepto que padeció un ataque de fiebre tifoidea cuando muy joven.

Empezó a menstruar a la edad de trece años, con regularidad y cantidad uniformes sin dismenorrea y en cantidad moderada siempre.

Los síntomas actuales empezaron hace un año, cuando observó que, después de varios días de dolor en el bajo vientre, sus heces fecales contenían cierta cantidad de materia amarillenta muy mal oliente y de aspecto purulento. Fué interpretado el caso al principio, como de una afección del recto y por tal se le trató por algún tiempo, cayendo en una vida de vía-crucis y aislamiento social, resultado del mal olor que exhalaba y de la necesidad frecuente de exonerar el vientre durante el día evacuando en cada ocasión una cantidad variable de material purulento, cuyo olor recordaba el propio del esputo de gangrena pulmonar.

El primer examen practicado arrojó los datos siguientes: paciente bien nutrida, de estatura baja, y aparentemente en buenas condiciones de salud general; corazón y pulmones normales a los medios corrientes de exploración clínica.

La palpación abdominal no demostró la presencia de tumoración demostrable, debido tal vez al hecho de tener nuestra paciente un vientre algo voluminosos y de pared gruesa por acumulación de grasa. Dolor, a la presión, sobre el lado iz-

quierdo del abdomen, especialmente, el cual se reflejaba sobre la región posterior hasta la zona del riñón izquierdo.

Mayores datos obtuvimos por el tacto vaginal combinado, comprobando con cierta facilidad la presencia de un tumor duro e inmóvil, en el fondo del saco izquierdo; masa que desplazaba el útero hacia el lado derecho, dando a primafacies, la impresión de un tumor sólido de esa región de la cavidad pélvica. La enferma acusó bastante dolor al hacer ligera presión sobre dicha masa tumoral, sin que fuese posible obtener, en ese examen, ninguna sensación de fluctuación.

El examen proctoscópico no nos mostró el sitio de la abertura o fístula intestinal, debido, tal vez, a su posición alta en el asa sigmoidea, como pudo comprobarse, después durante el acto operatorio. Establecido el diagnóstico de una fístula dentro del intestino grueso, como consecuencia de haberse abierto, allí una masa tumoral supurada de la cavidad pelviana, decidimos laparotomizar nuestra paciente, y pensamos en establecer un drenage por la vía vaginar; proyecto, éste último, que tuvimos que desechar en vista de la localización alta de la masa tumoral y de su dureza dándonos ésta, la impresión de un tumor sólido.

Arrostrando todos los peligros consiguientes, y previa preparación de nuestra enferma, abrimos el vientre, en su línea media, por una incisión umbilico-púbica. Afortunadamente, y previa separación de adherencias del epiplon e intestino delgado, enucleamos la masa quística separándola de las hojas del ligamento ancho, en toda su extensión, hasta su abocamiento en la pared de la S Ilíaca. Luego practicamos una sutura en bolsa en la hoja peritoneal del intestino grueso y aplicamos dos pinzas, una en dicha pared y otra en el pedículo formado al nivel del quiste, de modo a dejar un espacio bien protegido, esto es, a fin de impedir que se derramase ningún pus dentro de la cavidad peritonral en el momento de separar ambas vísceras. Para realizar esto último, mojamos un bisturí en ácido carbólico y con él seccionamos el trayecto de comunicación entre el quiste y el intestino; cauterizamos, luego, ambos extremos de la sección con más ácido, lavándola enseguida con alcohol a la manera de muñones de apéndice. Se invaginó luego el muñon intestinal dentro de la sutura en bolsa, ya aludida, reforzándose la oclusión con varios puntos de Lambert.

La cavidad fraguada en el ligamento ancho fué infundibulizada lo mejor posible y desaguada con dos drenes que salían: una a través de la incisión umbilicopúbica, en su parte inferior, y el otro atraves de una contrabertura, hecha a la pared abdominal, del lado izquierdo, a dos pulgadas, más o menos de la línea media. Después de lo cual cerróse el vientre en la forma acostumbrada.

El período post-operatorio fué bastante tranquilo, con pequeñas elevaciones térmicas durante una semana. Cuatro semanas más tarde la paciente fué dada de alta en buenas condiciones.

Este caso nos enseña, a mi juicio, lo siguiente: 1o. La presencia de un quiste intraligamentoso del lado izquierdo. 2o. La complicación supurativa del quiste, proceso que duró un año. 3o. La rotura del quiste supurado dentro de la S Ilíaca, con formación de una fístula, por donde se evacuaba el pus durante todo ese tiempo, de modo continuo. Dicho pus era muy fétido, perjudicando, así, considerablemente a nuestra enferma en sus relaciones y vida social, además de daño físico propio de una supuración crónica.

Y en cuarto lugar la incertidumbre que se presenta en esta clase de casos cuanto a la decisión exacta del procedimiento operatorio que haya de ponerse en práctica, dado el grave peligro de infección peritoneal durante las maniobras operatorias. Pudiera alguien pensar que el material purulento fuera inocuo por el hecho de haber estado enquistado durante mucho tiempo; sin embargo, mal podría considerarse como estéril, dada la comunicación existente entre el quiste y la cavidad intestinal.

En algunos casos pudiera ser posible drenar esos quistes supurados por vía vaginal. En otros, de gran volumen, tal vez marsupializarlos y drenarlos a través de la pared abdominal. Más, en ambos casos, nos encontramos con el hecho de tratarse de cavidades tapizadas de epitelio, que seguramente no cesarían en su proceso supurativo ni sanarían, hasta que la capa epitelial fuera extirpada totalmente.

El examen anatomopatológico de la pieza operatoria dió los siguientes datos: quiste: quiste de 5x6 cms. en sus diámetros principales, conteniendo material purulento en su interior: su pared mide un centímetro de espesor. El examen histológico de dicha pared muestra la presencia de elementos tubulares fibrosos y una reacción inflamatoria bien marcada.

220 West, 98 St., New York, N. Y.

EL PNEUMOTORAX ARTIFICIAL EN LA PRACTICA

POR DR. JOSE AMADEO (*)

En el armamentarium terapéutico todos sabemos que no hay nada más importante que el descanso y una enfermedad infecciosa como la Tuberculosis, en la cual se desconoce por desgracia un específico, el descanso se vuelve la base primordial, el "Sine qua Non" del tratamiento. La Tuberculosis tiende a ser en la inmensa mayoría de los casos una enfermedad crónica de evolución lenta y más bien benigna ya que la Tuberculosis Clínica de adultos de países civilizados es siempre el resultado de una segunda infección e implica haber resistido con éxito derivando alguna inmunidad de una primera infección. Cuando afecta por lo tanto un órgano como una artculación factible de inmovilizarse y de dársele un descanso absoluto generalmente no mata al enfermo y tiende más bien a cicatrizarse. **Sin embargo, cuando** afecta pulmón es siempre grave porque el pulmón trabaja de día y de noche y a un órgano inflamado continuamente en función le es muy difícil desinflamarse. Por eso no hay nadie que no deje de acostar a sus casos de Tuberculosos Pulmonar activos. Para que respiren de la manere más superficial el menor número de veces posible. Si además el pulmón afectado se colapsa y se para en su función constante se pone en condiciones ideales para cicatrizarse. Hace 2300 años Hipocrates se dió perfecta cuenta de este principio e intentó por primera vez comprimir y hacer dejar de funcionar un pulmón enfermo. Fracasó como era natural por su ignorancia absoluta de la mecánica de la respiración y de la asepsia. Después pasan siglos y no hay ninguna re-

* Leído en la Asamblea de Mayagüez—Abril 27, 1930.

lación en la literatura sobre el asunto hasta el año 1821 en que James Carson de Liverpool se da perfecta cuenta del principio indiscutible fisiológico de descanso del pneumotorax artificial y escribe una serie de brillantes artículos urgiendo su adoptación y demostrando teóricamente las ventajas enormes que se derivarían por colapso en Tisis Pulmonar. Sin embargo, al tratar el método personalmente en dos casos, fracasó por dar la coincidencia desgraciada de tocarle dos casos con adherencias pleurales extensas y al tratarlos en perros éstos se le asfixiaron. pues ya ahora se sabe que el mediastino de los perros es tan débil y flexible que no tolera la menor presión sin desviarse y compirimir también el Pulmón controlateral además de tener tal permeabilidad que el gas se filtra enseguida hacia el otro saco pleural haciendo casi imposible el Pneumotorax unilateral. Como era de esperarse con estos fracasos experimentales el método no fué adoptado y cayó en el olvido hasta el año 1832 en que James Houghton hizo la observación en un casos de Tisis avanzada de una mejoría sorprendente después de ocurrirle un Pneumotorax espontáneo que el paciente pudo volver a trabaja doce horas diarias como albañil. Durante los próximos cinco años se dedicó a estudiar cuidadosamente esta observación y en el 1837 ya había acumulado y publicó una serie de casos suficiente para dejar establecido definitiva e indiscutiblemente, el principio clínico de que un Pneumotorax espontáneo podía mejorar la condición pulmonar en el lado afectado. Sin embargo, hubo de esperarse nueve lustros más hasta el año 1882 para que Carlos Forlanini en su Clínica de Pavía llevase a la práctica con éxito el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar por el método de Pneumotorax artificial apesar de haber pasado tanto tiempo de haber sido sugerido primero teóricamente sobre la base de un principio fundamental Fisiológico y de haber pasado 45 años de haber sido sostenido este principio por una base clínica segura derivada de las observaciones en casos de Pneumotorax espontáneo. Carlos Forlanini trabajó en su método más bien calladamente durante los próximos trece años, determinando las indicaciones del método, mejorando la técnica, y sobre todo dejando madurar los resultados obtenidos y en el año 1895 presentó al mundo médico la prueba absoluta de la validez clínica de su método. Desde entonces la práctica del Pneumotorax artificial se introdujo rápidamente en todos los países donde la ciencia médica florecía. En Italia el trabajo trascendental de Forlanini fué seguido principalmente por Mauricio Ascoli, Fagioli, Cava, Carpi, Fontana y Giani; en Francia por Dumarest, Desirier, Balvay, Arcelin, Kuss y Courmont; en Estados Unidos por John B. Murphy, su discípulo Lemke, por Shell, Harris, Mary Lapham, Robinson y Floyd; en Inglaterra por Colebrook, Lillingston, Vere Pearson, Rhodes y Tidy; en Alemania por Brauer, Shimidt, Lexer, Kemplere y Vol Vollman; en Suisa por Spengler y Muralt, y en Dinamarca por Begtrup, Hansen y Saugman que además hizo la contribución más valiosa imaginable de introducir el manometro de agua en la técnica. El trabajo brillante confirmativo sobre las ventajas del método por esta pléyade ilustre de investigadores, culminó en el Congreso Internacional de Tuberculosis de 1912 en Roma, en el cual el mundo médico aceptó incondicionalmente la utilidad terapéutica, la practicabilidad y la relativa inocuidad del método de Colapsoterapia por Pneumotorax Artificial. Hace, pues, 28 años que la prác-

tica del Pneumotorax Artificial está tan generalizada y tan aceptada en todos los países médicamente adelantados del mundo como la práctica de la apendectomia.

Después de una tardanza de más de un cuarto de centuria tiene que ser más bien apologéticamente en vez de orgullosamente que he introducido esta técnica tan valiosa en el distrito Sur de Puerto Rico, mucho después de haberlo introducido en la Isla nuestro estimado e ilustre colega Dr. Fernández García de San Juan.

Por el contrario de todos los demás métodos y remedios reconomendados en las últimas 3 ó 4 décadas para el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, el de Pneumotorax artificial carece de la especificación de ofrecer valor, principalmente en las etapas insipientes de la enfermedad cuando el diagnóstico es muchas veces dudoso y las curas espontáneas muy frecuentes.

Se puede confiar en él, por el contrario, hasta en casos avanzados con tendencia a seguir un curso rápido y fatal con excavaciones extensas. Cuando todos los otros medios disponibles han fracasado y no han podido detener la extensión pulmonar del proceso; cuando la fiebre consume al enfermo y amenazan su vida hemoptisis copiosas y rebeldes, este método de tratamiento por colapsia se usa con éxitos sorprendentes. Es un arma poderosísima capaz de rescatar de una muerte segura a miles de enfermos en los cuales sin ella no habría esperanza alguna de ayuda humana posible. De las 5000 muertes anuales por Tuberculosis en la Isla lo menos 500 ó 100 se podrían evitar con el uso generalizado de este modo salvador. Así, pues, durante los 28 años perdidos son de 14 a 28 mil las muertes que probablemente se han pdoido evitar. No es posible seguir mirando pasivamente el que las corrientes de la indiferencia arrastren la única tabla de salvación fuera del alcance de tantos miles de desgraciados que luchan desesperadamente entre los suplicios más horribles por no ahogarse en las aguas pestilentes de la terrible Plaga Blanca que invade sus Pulmones.

No sería de ningún valor el que yo les analizase los 32 casos que he podido tratar en Ponce durante este último año y medio porque sería ridículo pretender que una estadística tan corta pudiese tener para ustedes ningún peso convincente. Para ello me permito referirlos especialmente a las estadísticas de Kendall del Instituto Muskaka de Gravenhurst Ontario que hablan del éxito sorprendente obtenido en una serie de 613 casos tratados durante un período de 14 años; a la de Andrew Peters del Sanatorio Loomis de Liberty, New York, que incluye 275 casos tratados desde el 1911 y observados cuidadosamente durante los años subsiguientes hasta el 1925; y a la de los hermanos Matson, también americanos; a las de Burrel y Mc Nalty en Inglaterra y a las de Rist, en Francia, en cada una de las cuales se incluyen alrededor de mil casos con resultados tan favorables que son imposibles de reproducirse sin este método tan eficaz. Sin embargo, un apeo estadístico es de importancia secundaria para formular opinión entre los que pueden observar el beneficio derivado del tratamiento por Pneumotorax artificial con el cual el cuadro clínico de un paciente sufriendo de hemoptisis, torturado por una tos constante, con un sistema gastro-intestinal intolerante y en un estado de verdadera agonía mental, es tan rápidamente cambiado al de un paciente con apetito, sin fiebre ni tos, respirando sin dificultad y tranquilo mentalmente. Tiene el método que dar resultado brillan-

te con tal frecuencia y ser éstos amenudo dramáticamente rápidos para que un médico joven, obscuro, al empezar a trabajar en Ponce, sin prestigio médico establecido, haya podido con la excepción de seis casos referidos por estimados compañeros locales, llegar a completar treinta y dos casos de pneumotorax artificial, en un año y medio si consideramos que en el sanatorio, Loomis del mayor prestigio y con 230 camas solo se hicieron 41 casos de P. A. durante el año 1919-20. La confianza de estos compañeros fué para mí de una inspiración enorme y les estoy profundamente agradecido.

Aunque el descanso fisiológico es el principio fundamental de la colapsoterapia por pneumotorax, etc., no podría por sí sólo en una enfermedad de evolución lenta como la tuberculosis explicar estos resultados tan rápidos y brillantes. Para ello hay que invocar la hipersuceptibilidad o estado alérgico del tuberculoso hacia la tuberculina y las reacciones inflamatorias agudas focales y generales con sus manifestaciones clínicas tan conocidas, causadas por la auto-tuberculinización al perturbarse los pulmones afectados por movimientos excesivos. Todos sabemos las reacciones febriles violentas capaces de producirse con dosis subcutáneas infinitésimas de décimos y hasta centésimos de milígramos de tuberculina en casos activos de tuberculosis. Las reacciones focales que acompañan estas reacciones generales se pueden observar fácilmente roentgenológicamente. Sinembargo en un hombre o cualquier otro animal que nunca haya estado en contacto con un microbio de tuberculosis, las dosis masivas de Tuberculina más grandes son incapaces de dar la menor reacción. La reacción pulmonar al primer contacto con el microbio Koch nunca es de inflamación aguda y sí de tipo crónica con hiperplasia del tejido fijo que responde al bacilo de la Tuberculosis al igual que si éste fuese un cuerpo extraño inerte. Solamente después de de sensibilizarse el organismo hacia el microbio y sus productos, lo que en el hombre gradualmente toma de dos a tres semanas, es que se encuentran las reacciones agudas exudativas en que toma parte el tejido humoral. Son pues estas reacciones agudas de la enfermedad el resultado exclusivo de un estado alérgico adquirido con hiper-supersensibilidad hacia el microbio y sus productos, capaz de hacerlo reaccionar violentamente a las autoinoculaciones de Tuberculina. Los focos de Tuberculosis contienen dosis enormes de Tuberculina. Solamente hay que poner a hacer ejercicios fuertes a un Tuberculoso activo para reproducir roentgenológicamente de una manera exacta el mismo cuadro de reacción focal en las lesiones pulmonares al igual que si hubiésemos inyectado Tuberculina subcutáneamente. El Pneumotorax y demás métodos de colapsia al obliterar los vasos lifáticos y evitar los movimientos excesivos del pulmón que favorecen su dilatación evita en grado sumo estas autoinoculaciones masivas por reabsorción de Tuberculina y puede por eso hacer cambiar tan rápidamente el cuadro clínico. De la misma manera el colapso evita la reabsorción de toda otra toxina tuberculosa derivada de la desintegración del tejido con sus efectos tan deprimentes para la salud general del enfermo que tanto debilitan su sistema hematopoiético, sus glándulas de secreción interna, su sistema nervioso y su poder de digestión y de asimilación apesar de que no existan en ellos focos de infección que puedan reactivarse por Tuberculina. Es imposible encontrar en la práctica nada que se compare al colapso

en su eficacia para mejorar el cuadro tóxico del enfermo, que es siempre nuestra primera aspiración terapéutica.

Alrededor de toda lesión tuberculosa pulmonar y activa y en proporción directa al grado de actividad hay una reacción inflamatoria exudativa pneumónica capaz de reabsorverse totalmente sin dejar rastro, pero la cicatrización del foco verdadero es la mayor parte de las veces, por sustitución por tejido conjuntivo. Se sabe que la calcificación es muy rara en tuberculosis clínica de adultos, que es siempre el resultado de una reinfección bien endógena o exógena. Sólo en la cicatrización de los focos de infección primaria tipo juvenil de la enfermedad, es en los que generalmente juega un papel importante la calcificación. Además, en la tuberculosis clínica adulta, si el foco úlcera y se expele con éxito su contenido necrótico por vía bronquial, solamente al obliterarse la cavidad residua por contracción del tejido conjuntivo es que se restituye la salud al enfermo. La curación de la Tuberculosis pulmonar adulta depende, pues, principal y casi exclusivamente en la habilidad del enfermo d formar nuevo tejido conjuntivo. Tanto es así que en el prognóstico uno de los signos físicos de más valor favorable e la desviación espontánea, no por desplazamiento, del vértice cardiaco, si la lesión es en la base, o de la traquia, si e el lóbulo superior, hacia el lado enfermo y esto sólo depende de la contracción del tejido conjuntivo en la lesión. Ig que al tejido epitelial le es casi imposibl crecer cuesta arriba y hay que nivelarle las granulaciones exhuberantes, al tejido conjuntivo le es muy difícil crecer en una parenquima pulmonar que esté en constante tensión. El penumotorax y los otros métodos de colapsoterapia ejercen también primordialmente su efecto produciendo una relajación del pulmón, que favorece enormemente el desarrollo del tejido cicatricial indispensable. Los otros factores que estimulan la formación del tejido conjuntivo a saber: la estasis linfática y sanguínea que tan amenudo comprobamos al someter úlceras externas crónicas e indolentes a la acción de una con congestión pasiva artificial, lo realiza también de una manera ideal la Colapsoterapia. Naturalmente que hay una variación constitucional individual en cada enfermo para formar tejido conjuntivo y que en muchos se encuentra tan desarrollada que no requieren como tantos otros casos, la ayuda tan eficaz de la Colapsoterapia para poder cicatrizar sus lesiones lo que explica las curas espontáneas; pero aún en estos casos favorables en que no hay necesidad absoluta de colapso, el factor económico del tiempo lo hace relativamente necesario, pues con la ayuda adicional de la colapsoterapia estos mismos casos se cicatrizarían en la mitad , en la tercera y hasta en la cuarta parte del tiempo. En un país tan pobre como Puerto Rico son muy raras excepciones los que cuentan con medios suficientes que les proporcionen la oportunidad de el descanso absoluto prolongado necesario para una cicatrización eficaz. Además de las miles de vidas que se pierden irremediablemente sin la colapsoterapia, son muchísimas miles más las curas que se pierden por no abreviarlas con colapso y tener el paciente que volver a trabajar antes de tiempo. Uno de los problemas más difíciles en la terapéutica de la tuberculosis pulmonar y por desgracia más frecuente, lo proporcionan las cavidades, focos siempre potenciales de infección y de hemoptisis que amenazan constantemente regar la enfermedad por extensión broncogénica y llegar a hacerla incurable o extender-

la hasta el intestino, al tragarse el esputo, o la sangre contaminada el enfermo. Naveau al repasar sus casos cuidadosamente en el Sanatorio de Bligny durante los años 1904 a 1914, encontró que solamente un 4% de los pacientes que tenían cavidades con bacilos constantemente en el esputo, se encontraban vivos al cabo de diez años. Esta observación ha sido tan generalmente confirmada que se ha convertido en un dogma en tisiología moderna El tejido conjuntivo más prolífico alrededor de una cavidad de un diámetro mayor de dos o tres centímetros es casi siempre incapaz de obliterarla al contraerse solamente. En estos casos es absolutamente necesario el colapso en alguna forma para poner en contacto las superficies desunidas y dejarlas en condiciones tan desfavorables para el proceso de cicatrización como la misma lesión en cualquiera otra parte del cuerpo, si es que queremos darle al enfermo más de 4 oportunidades en 100 de que llegue a vivir siquiera diez años. Además de ser primordial para la vida del enfermo el que el colapso le desaparezca rápidamente el bacilo del esputo, para evitarle infecciones endógenas, broncogénicas, tiene una importancia enorme profiláctica que no debo dejar de mencionar, de evitar que éste infecte a los demás y cuando nos encontramos con el problema enorme de Salud Pública de tratar de aislar los casos contagiosos en Sanatorios lo que generalmente representa el gasto enorme de una estadía prolongada de años y esto se hace económicamente imposible como pasa por desgracia en Puerto Rico, la generalización del pneumotorax y otros medios de colapsoterapia, se hace imprescindible para economizar tiempo y dinero.

Por último, Burns y Corper han demostrado que una disminución en el oxígeno y un aumento en el bioxido de carbono son perjudiciales para el crecimiento del bacilo de la tuberculosis y esto lo obtenemos de una manera muy efectiva con el colapso.

A pesar de todas estas bondades inmensas, la colapsoterapia por pneumotoraz artificial y sus suplementos quirúrgicos no podría existir con la aprobación unánime del mundo médico si tuviese una acción deprimente en la resistencia general del enfermo para contrarrestar la infección. Una salud general buena, indispensable para el desarrollo de los procesos inmunológicos en tuberculosis, sería imposible si el método entorpeciese la realización perfecta de la fisiología de la respiración y de la circulación.

Sin embargo, la naturaleza tan sabia, previó esto y nos ha dado una reserva enorme de función pulmonar; mayor que la reserva cardíaca o hepática. Los estudios experimentales y clínicos de Graciadei Cavallero, Rivarossi, Carpi y Morelli han demostrado que una reducción hasta de un 66% en la ventilación pulmonar, en estado de descanso, no afecta la química de la respiración. En pneumotorax unilateral aún cuando se obtenga el colapso completo de un pulmón el máximo de disminución en la ventilación pulmonar es solamente de un 50% y por lo tanto le resta aún al enfermo una reserva de un 16%. De primera intención puede ocurrir la idea de que el penumotorax requiere para comprimir el pulmón presiones de gas altamente positivas comparada con la atmosférica y como todos conocemos la anatomía del tórax y lo débil del mediasino, aunque más fuerte que el que encontró James Carson en los perros, y le dañó sus experimentos, siempre fácilmente distensible, especialmente en sus puntos débiles que carecen de apoyo, a saber: el mediastino anterior

superior, que sólo contiene el sobrante mínimo de la atrofia del timo, algunos nódulos linfáticos y algún tejido conectivo y en la parte posterior inferior que cubre el espacio limitado detrás por la espina y por el corazón y el esófago en el frente, en que sólo consta de la aposición de la doble reflexión de la pleura de cada lado. Se podría, pues, deducir que estas presiones fuertes positivas imaginarias, harían cambiar el mediastino, especialmente en estas áreas de debilidad anatómica, comprimiendo el pulmón contraleteral y utilizando hasta la de la reserva de un 16% que nos resta, pudiéndose argumentar entonces que el método entorpecería la química de la respiración, perjudicando así la salud general del enfermo. Este error es fácilmente destruído, si pensamos de nuevo un poco más y recordamos el principio fundamental de la mecánica de la respiración a saber: El que en un pecho normal el pulmón se encuentra constantemente distendido por la presión atmosférica ejercida a través de la traquea y los bronquios, no opuesta por el vacío que existe en la cavidad toráxica y que el pulmón por la contractilidad de su tejido elástico así distendido, está constantemente tirando de la periferia a los hilos. Solamente hay que neutralizar la presión atmosférica en el saco pleural para que el pulmón mismo se encoja sin necesidad de comprimirlo y deje de funcionar, ya que además el aire contenido en los alveolos y bronquiolos no hay que exprimirlo, pues todos sabemos la reabsorción por la sangre de este aire que sigue a una atelectasia. El vacío en el saco pleural es normalmente de un promedio de menos de 6.8 centímetros de agua en expiración y de menos 13.6 centímetros de agua en inspiración y con sólo reducirlo a una cuarta parte obtendremos un colapso casi completo y clínicamente perfecto, a menos que no lo impida adherencias pleurales. Este colapso hipotensivo recomendado por la escuela de Ascoli está suplantando cada vez más las presiones altas positivas usadas por la escuela de Forlanini, en su principio, y ha sido el fundamento para el desarrollo en la práctica del pneumotorax doble simultáneo en lesiones bilaterales que ya ha pasado del estado de experimentación y está produciendo curas brillantes, usado prudentemente y en manos de expertos solamente. En un pneumotorax unilateral hipotensivo que es casi siempre el único necesario, Ludwig Von Muralt ha demostrado por estudios fluroscópicos que el mediastino cuando está movible en vez de desviarse hacia el lado contralateral con la inspiración y comprimir el pulmón sano, entorpeciendo en su función, se desvía por el contrario hacia el lado del pneumotorax, favoreciendo la ventilación del pulmón no colapsado, y que con la expiración se desvía entonces hacia el lado contralateral, favoreciendo también entonces, por compresión, el que se expela el aire del pulmón en función. En pneumotorax hipertensivos, pasa exactamente lo contrario en los movimientos del mediastino durante la inspiración y la expiración, y entonces sí entorpecen estos movimientos del mediastino la función del pulmón contralateral; pero en la práctica hoy en día, sólo usamos presiones positivas para tratar de estirar adherencias pleuro-pulmonares y para comprimir cavidades viejas con paredes endurecidas por tejido cicatriziar y en estos casos es posible usar presiones positivas sin entorpecer la acción del pulmón en función, porque casi siempre la enfermedad en su evolución lenta ya ha modificado, endurecido y fijado el mediastino, evitando su movilidad natural.

La literatura durante los últimos seis años está cada día más llena de reportes extensos, de estudios minuciosos, incluyendo electrocardiográficos, que demuestran la inocuidad del pneumotorax artificial en la función cardíaca. Además, nada más beneficioso para el corazón y sus centros nerviosos que lo regulan, que el relevarlo de la acción deprimente de las toxinas al evitarse la reabsorción de éstas, por el colapso.

Ofreciendo el pneumotorax unilateral un margen de seguridad tan amplio en su índice terapéutico equivalente a la diferencia entre las enormes ventajas que ofrece y el peligro de entorpecer la función respiratoria o cardíaca, de importancia suprema para la conservación de la fortaleza y de la salud general del enfermo, podemos resumir las indicaciones del pneumotorax artificial, recomendándolo en todo caso de tuberculosis pulmonar que no responda favorablemente a los métodos corrientes de tratamiento durante un período razonable, que puede variar de uno a seis meses, en el que nos influye principalmente, la tendencia que demuestren las lesiones, de excavar o de extenderse, el cuadro más o menos tóxico del enfermo, la tendencia a hemoptisis, y a que persista el bacilo en el esputo; naturalmente, siempre y cuando la condición general del enfermo y del pulmón contralateral nos lo permita, teniendo fijo en la mente, que durante el período de expectación tenemos en nuestras manos, en una balanza, la vida del enfermo y que el dejar por descuido o por apatía física o mental el que la enfermedad progrese y se extienda hasta el punto de hacerse imposible la colapsoterapia, negándole al enfermo las miles de oportunidades de salvarse que implica este mtodo, debe ser motivo de igual remordimiento profesional, como el permitir pasivamente que un caso de apendicitis agudo, bajo nuestro cuidado, se rompa en la cavidad peritoneal.

Naturalmente, que en Puerto Rico con lo poco educado que está el público en tuberculosis, y con lo tarde que consulta la gente al médico, se encuentran pocos casos ideales para la colapsoterapia extrictamente unilaterales, pero es importante recordar que hay muchísimas lesiones benignas de pulmón contralateral factibles de determinarse con alguna experiencia clínica que no solamente no ofrecen contraindicación para la aplicación del pneumotorax en el lado más seriamente afectado, sino que por el contrario con la disminución de las reacciones por autoinoculaciones masivas de tuberculina de las lesiones más blandas en el pulmón más enfermo, y por el aumento en salud general y con ella en la resistencia hacia la infección al disminuirse la reabsorción tóxica, se aclaran en vez de empeorarse con el colapso del pulmón más enfermo.

Encontramos muchísimos casos en los cuales el pneumotorax está indicado y queremos usarlo, y sin embargo, adherencias pleurales extensas nos impiden llevarlo a efecto satisfactoriamente. Entonces es preferible en vez de cruzarse de brazos y abandonar el enfermo al destino, considerar la aplicación de los métodos quirúrgicos que suplementan el pneumotorax artificial en colapsoterapia, acordándonos que es cada día más anticuado en tisiología moderna, esperar bajo un régimen expectativo a que el caso progrese hasta un estado desesperado, para entonces recomendar como un método heróico solamente, estas intervenciones quirúrgicas, cuyos beneficios se acentúan mientras más temprano se usen, y mejor la condición general del enfermo, y cuya magnitud necesaria como

intervención quirúrgica y con ella sus peligros, aumenta cada día que se pierda. Solamente me resta tiempo para mencionar la lista de estas intervenciones quirúrgicas coadyuvantes del Pneumotorax Artificial en Colapsoterapia, a saber:

Frenectomia; Frenico exeresis; Neurectomias múltiples Intercostales; Pneumolisis intrapleural endoscópica por el método de Jacobeus y de Unverritch, o por el método de exploración abierta; Toracoplastia extrapleural parcial o completa con tracción por alambres o sin ella, posterior o anterior; y Pneumolisis extrapleural.

Para decidir concienzudamente y con muchas probabilidades de éxito cual de estas intervenciones quirúrgicas debe hacerse y el tiempo propicio para usarlas, hay que individualizar aplicando en cada caso las siguientes consideraciones:

1ro.—El carácter anatómico y patológico de las lesiones o sea el diagnóstico cualitativo que determina si estas son predominantemente exudativas o fibrosas o mixtas y entre las exudativas las de tendencia a pequeñas infiltraciones y las de tendencia a evolucionar como Pneumonias Caseosas y entre las fibrosas las que solo tienden a formar nódulos pequeños localizados y las que tienden a formar agregaciones masivas o difusas.

2da.—La dinámica de la lesión o sea la diferenciación de acuerdo con sus signos físicos a saber hemoptisis con pequeñas o grandes cantidades de esputo o sin esputo conteniendo o no Bacilos de Tuberculosis.

3ro. La extensión de la lesión particularmente, dándole énfasis al problema de la unilateralidad.

4to.—La localización o sea si la lesión es de ápice, infraclavicular, del campo medio, de la base, o si son difusas.

5to.—La presencia, el tamaño, el carácter, la localización y el número de estas cavidades.

6to.—Las complicaciones, como afecciones de la pleura, pneumokoniosis, y otros tipos de fibrosis no tuberculosos o cualquier lesión cardíaca.

Dilucidar en detalle éstas consideraciones requería otra conferencia tan larga como ésta, con la cual ya les he tomado o, tan aburridamente, tanto tiempo precioso, por el que les doy mis más expresivas gracias.

THE PRESENT RADIUM SITUATION

R. B. MOORE, D. Sc. (*)

In 1914 the writer and K. L. Kithil announced through the *Bulletin* 70 of the U. S. Bureau of Mines, that the United States possessed the largest deposits of radium-bearing ore in the world. At that time a small amount of this ore was being mined and shipped to Europe. The importance of our carnotite deposits in Colorado and Utah up to the publication of *Bulletin* 70 was not, however, appreciated by anyone. At that time the total supply of radium in the world was about 10 grams, calculated as element, and when I estimated that at least 100 grams of radium element, and probably 200 grams, would be produced from our

* Presented before the Rare Metals and Minerals Committee, Annual Meeting. A. I. M. E., February, 1930, and reprinted here in part from **Mining and Metallurgy**, February, 1930.

carnotite deposits, there was a considerable amount of skepticism. Up to the present time almost 200 grams have come from this ore.

Uranium ore was found in the copper mines of the Union Miniére du Haut-Katanga at Luiswishi in 1913. Later discoveries were made at other places in the Belgian Congo, and the Katanga ores now represent the largest supply of radium-bearing ore in the world. In fact, since 1923 very little radium has been produced from American carnotite, the Katanga ore representing practically the world's supply of radium since that date.

During the early years of operation in this country, the average grade of carnotite ore treated was between 2½ and 3 per cent of $U_3 O_8$. This average grade had been reduced in 1922 and 1923 to about 1½ per cent $U_3 O_8$, and costs of production had, of course, risen. The operations of the Bureau of Mines in 1915, 1916 and 1917 showed that radium could be produced for less than $40,000 per gram, calculated as element, from ore averaging 2.6 per cent $U_3 O_8$.

There are uranium deposits in many localities besides the United States and the Belgian Congo. Torbernite and autunite, as well as fergusonite and other uranium minerals, have been found in South Australia. Uraninite and allanite have been found in Canada, particularly around Parry Sound. The pitchblende mines of Cornwall are well known, and West Australia and New South Wales have furnished small supplies of ore. Uranium deposits occur also in Ind[illegible] Ceylon, Madagascar, Turkestan, and in Russia. None of the deposits, however, represent any large potential supply of ore.

The original mines at St. Joachimstal in Czecho-Slovakia, are still productive and probably can furnish from one to three grams of radium per year. The autunite deposits of Portugal are low grade and, in addition, the radium is not in equilibrium with the uranium. There are, therefore, no deposits at the present time which can compete with the Katanga ores, and as these ores are owned by one organization it means that this organization has control of the radium supply for the whole world.

Is this matter of real importance? This, of course, depends on the uses to which radium is put and how important these uses are. If a small amount of radium is mixed with phosphorescent zinc sulfide, the radium gives a permanent luminosity to the sulfide, and this material has been used for many year for watches and instruments of all kinds which have to be read in the dark. Radium paint was of great importance during the war in connection with airplane instruments, and the same would be true in any future war.

The real demand for radium, however, is for cancer treatment. When it was first used for this purpose the medical profession was extremely conservative, and a number of surgeons in this country and abroad used radium succesfully for the treatment of cancer before its value was generally acknowledged by the medical profession. During the past few years much progress has been made in technique, and certains types of cancer such as cancer of the uterus, have been shown to be particularly amenable to radium treatment.

Pioneer work has been done by Dr. Howard A. Kelly in his hospital in Baltimore, by Dr. Cleveland Abbe of New

York and at the Memorial Hospital in New York. In Sweden, the use of radium is highly organized under the Government auspices and in France, Government interest has been demonstrated by the establishment of fifteen radium centers distributed throughout France to which 31½ grams of radium element has been allocated.

A very strong movement was started last year to acquire a larger supply of radium for England for medical purposes, and a committee, headed by Lord Rayleigh, recommends the acquiring of 24 grams of radium additional as soon as possible for use in the British Isles.

Out of the nearly 200 grams of radium produced from our carnotite ore, it is difficult to say just how much is being used today for medical purposes. A large part of this radium wento into the war and has been permanently lost. A considerable amount was used for luminous paint for civilian purposes, and also a great deal is distributed in small amounts among physicians throughout the country. Most of the latter material is useless as far a practical results go; the radium which really affects the life and health of the nation is located in relatively few places in rather large amounts. The largest quantities are in the two hospitals already mentioned, and it is probable that no more than 30 to 40 grams of radium element is efficiently used for cancer treatment.

Before the production of radium in Belgium was on a commercial basis, the price of radium varied from $110,000 to $125,000 per gram. The actual cost of production from American carnotite ore naturally varied with different companies, but the average was around $70,000 per gram, including amortization, overhead, etc. The cost of the radium produced by the Bureau of Mines was less than $40,000 per gram, but this radium was produced under favorable conditions as regards the technical force; the salaries paid these men being less than they would have received from a commercial concern. In addition, the above figure did not include selling costs. Notwithstanding this fact, the operations of the Bureau of Mines were quite efficient.

The Belgian company has charged $70,000 per gram for radium in small quantities, and down to $50,000 per gram for large orders. It can, therefore, be seen that the present price is practically just below the actual cost of production in this country from carnotite ore. The total world's production of radium up to the present has probably been between 500 to 550 grams of radium element. How much of this has been dissipated through luminous paint, especially during the war, is unknown. Only 25 gms. can be accounted for in the British Isles for medical purposes; in France there is at least twice that amount. Although two hospitals in this country possess over 5 grams each, there is probably not much more radium in this country than in France. Using these figures as a basis for estimation of the amount in other countries, it is doubtful if the world's supply of radium for medical purposes is over 250 grams, probably less. At an average price of $90,000 per gram, this would represent and expenditure of over $22,000,000. Although the amunt of money invested is very large, the radium supply is quite inadequate. Increased efficiency could be obtained by concentrating all of the radium in a relatively few centers, but this is not possible. With hundreds of thousands of cancer patients

dying each year in the civilized countries of the world, one of the great medical needs of the present time is more and cheaper radium. This cannot, however, be obtained by reopening our own carnotite deposits.

One other matter is of interst. The socalled "radium poisoning" cases of New Jersey have received an amount of publicity entirely out of proportion to their importance. All of this would matter little if it were not for the great harm it has done. The public does not and can not discriminate between getting radium into the system internally and external treatment by radium rays. The result has been that may cancer patients, whose lives might have been saved by radium treatment, have been frightened into neglecting their opportunities.

INGRESOS EN LA CUENTA DEL EDIFICIO DE LA ASOCIACION DESDE MARZO 9 DE 1930

		Drs.	
Marzo	12..	R. Lavandero ...	$ 25.00
"	19..	A. Silva Navarro.	50.00
"	29..	A. Mayoral	25.00
Abril	1..	José A. Lanauze.	33.00
"	2..	R. Vélez López ..	15.00
"	4..	J. M. Quiñones...	25.00
"	4..	E. García Cabrera	25.00
"	10..	B. K. Ashford...	25.00
"	10..	Jorge del Toro...	10.00
"	13..	Juan R. Laugier..	10.00
"	28..	William R. Gelpí.	10.00
Mayo	1..	Agustín Laugier..	100.00
"	2..	I. González Martínez	25.00
"	5..	Luis Moczó	10.00
"	5..	F. Alfaro Díaz...	10.00
"	6..	R. Lavandero	25.00
Mayo	6..	J. Nadal Garu...	5.00
"	6..	C. Timothée	25.00
"	8..	Jenaro Barreras..	50.00
"	8..	E. Prieto	50.00
"	8..	J. Reguero González	25.00
"	9..	J. R. Laugier....	10.00
"	10..	A. Silva Navarro.	25.00
"	12..	Carlos González .	25.00
"	17..	Jorge del Toro...	10.00
"	17..	N. Sanabria	15.00
"	21..	P. Gutiérrez Igaravidez	10.00
"	22..	J. M. Quiñones...	20.00
"	31..	M. de la Pila.....	25.00
Junio	2..	José A. Lanause..	20.00

ASAMBLEA MEDICA DEL DISTRITO DE GUAYAMA

REUNION ANUAL

el día 9 de marzo, 1930 a las 9 A. M.,

Cayey, Puerto Rico

PROGRAMA

1.—Dr. P. Rivera Aponte.—La nueva Unidad de Salud Pública de Cayey, su radio de acción y propósitos.

2.—Dr. Mario Juliá.—El movimiento nacional e internacional de la Higiene Mental.

3.—Julio Rolenson.—Tratamiento moderno del Cáncer de la mama.

Dr. R. López Nussa.—Simpatectomia peri-arterial en la Elefantiasis, informe preliminar.

5.—Perea Fajardo. — Membrana de Jackson.

6.—Dr. Antonio Reyes.—Algunas consideraciones sobre el tratamiento de Hemorroides.

7.—Dr. A. R. Laugier.—Mastoiditis latente con necrosis ósea.

8.—Dr. Julio Palmieri.—Un caso de Leucemia Mielógeno "A".

9.—Breves palabras por el Dr. José Belaval.

DISCURSO DEL DR. J. H. FONT

Presidente Asociación Médica de Guayama

"Compañeros en la profesión, señoras y señores: Inmerecidamente, por la bondad de mis distinguidos compañeros del distrito médico de Guayama, me veo elevado a la presidencia de la asociación en este distrito: a este honor uno hoy el de daros la bienvenida a esta ciudad, al seno de esta asociación, el de presidir esta asamblea donde se reunen hoy por primera vez en los anales de nuestra culta ciudad, las más altas mentalidades, los más altos representantes de la profesión médica en esta isla."

"La asociación médica de este distrito se honra hoy recibiendo vuestra visita y os extiende su más cordial bienvenida; que sea este un día de perdurable recuerdo para todos; que la labor científica que hoy realicemos marque una era de imperecederos triunfos en el campo de la medicina en esta nuestra bella y querida isla; que los lazos de amistad y fraternidad que nos unen, se estrechen más y más cada día para que íntimamente unidos podamos abordar los difíciles problemas de beneficencia y sanidad con que se confronta nuestro pueblo.

"El hecho, muy significativo, de haber elegido la asociación médica de este distrito para lugar de su residencia la ciudad del Torito situada en el corazón de la isla y junto a una de sus más altas cumbres, el torito de Cayey, simboliza el deseo nuestro de plantar la bandera de

(*) Leído en la Asamblea de Guayama.

nuestra asociación en las más altas cumbres de nuestra isla y en el corazón de ella. Y guiados por este justo anhelo, como un paso firme hacia él os convocamos para esta asamblea en la ciudad del Torito, a cientos de pies de altura, en el corazón de nuestra isla y en este templo del saber, en esta escuela, que bondadosamente ha sido puesta a nuestra disposición por las autoridades escolares para celebrar en él nuestra asamblea confiando en que brille en este día, desde esta altura, como sol esplendoroso, la luz de la ciencia y que ella penetre bondadosamente en los males sociales que sufre nuestra tierra.

"Y al daros la bienvenida en nombre de nuestra asociación en el distrito no termino mi misión, porque también uno a esa alta representación la del municipio de Cayey, del que soy presidente, de su asamblea municipal, y la de mi distinguido amigo el alcalde de Cayey, Don Baltasar Mendoza Martínez, quien ha delegado en mí para ofreceros el más cariñoso saludo de la ciudad de Cayey."

"La honda crisis económica por que atraviesa nuestra isla, la profunda crisis política que confronta con toda su gravedad sin aminorar su importancia, son problemas de fácil solución comparados con aquellos que ha de afrontar y resolver, si quiere cumplir la misión para que ha sido creada, la Asociación Médica de Puerto Rico. Toca a nosotros resolver los problemas de sanidad y beneficencia, los problemas que afectan más directamente a la salud, a la vida de nuestros conciudadanos, de los habitantes todos de esta Isla; la unidad social portorriqueña, el campesino, ha de ser especialmente atendido, para que los beneficios de la beneficencia y de la sanidad les alcancen en sus apartados y humildes, misérrimos hogares de las montañas. Hasta allí debe penetrar el beneficio de nuestra ciencia y mientras esto no se consiga tendremos una población enferma, anémica, entre la vida y la muerte, poco apta para emprender la ardua labor de la rehabilitación económica.

La beneficencia municipal, y no por culpa de la clase médica, es una palabra sin significado para nuestras clases campesinas.

"Tenemos que sanear las viviendas en los conglomerados municipales, tenemos que reformar las condiciones sanitarias de nuestros pueblos: tenemos que unificar y centralizar el servicio de beneficencia y sanidad de Puerto Rico."

Un enemigo poderoso y que causa no obstante nuestros esfuerzos, numerosas bajas en nuestra población, la tuberculosis ha de merecer nuestro constante y unido esfuerzo para combatirlo."

"Mucho hemos hecho hasta el presente: ahí está nuestro asilo de tuberculosos a la altura de los mejores de esta clase, nuestro manicomio insular obra en que la ciencia y el arte más refinado se hermanan para la regeneración social: nuestra escuela de medicina tropical, templo del saber donde acuden desde los mas remotos lugares sabios de la ciencia médica dedicados a estudiar y convivir, con sus compañeros de Puerto Rico: las unidades de salud pública insulares, bajo la dirección de competentísimos compañeros y muchas otras de la clase médica en Puerto Rico pero aún queda mucho por hacer, aun nos queda la mayor parte de este camino sin fin por recorrer.

"Al mejoramiento de las clases sociales de Puerto Rico, apartándonos en absoluto de toda idea política, religiosa o de clases, ha propendido en el pasado la Asociación médica de Puerto Rico y ha

de propender en el futuro, sin que nada ni nadie haya de separarnos de este ideal.

"Así guiados, esta directiva, entusiasta y hábilmente auxiliada por los compañeros Dr. González y Rivera Aponte de Cayey, ha preparado esta asamblea Médica. Por el programa que habréis recibido estaréis enterado de la importancia y magnitud de los asuntos a tratar en el día de hoy . Es pues, momento de acallar las palabras que brotan del corazón, para oir las que brotan del cerebro. He dicho.

ASAMBLEA MEDICA DEL DISTRITO DE MAYAGUEZ

REUNION ANUAL

Abril 27 De 1930.

Mayagüez, Puerto Rico

PROGRAMA

1.—Breves palabras por el Presidente.

2.—Dr. Carlos González—Empiema, su diagnóstico y tratamiento quirúrgico.

3.—Dr. M. Pujada Díaz.—Pielitis en nuestros niños e infantes.

4.—Dres. Quiñones y Santos—Un caso raro de Intususcepción.

5.—Dr. F. Rivera Olan—Tratamiento del Ileo (Obstrucción intestinal.)

6.—Garrido Morales y Costa Mandry—Estudio de un caso de envenenamiento por substancias alimenticias.

7.—Dr. J. F. González—Obstetricia y Ginecología. Su aspecto en relación con la práctica en Puerto Rico.

8.—Dr. José Amadeo—La Colapsoterapia en el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.

9.—Dr. López Nussa—Técnica operatoria en algún caso de cirugía abdominal.

10.—Dr. Gutiérrez Igaravidez—Pneumotorax espontáneo y artificial. Estudios comparativos.

11.—Dr. Díaz García—Procesos Flogísticos Infra Hepáticos.

12.—Dr. V. Gutiérrez Ortiz—Climatología y Tuberculosis.

13.—Dr. Ramón M. Suárez—Pulmonía Lobular en Puerto Rico. Estudio comparativo. Sugerencias Terapéuticas.

14.—Dr. R. U. Lange—Sanidad vs. Tétano.

15.—Drs. Dunscombe & Carcía, Guánica.—A case of Intra Abdominal Pregnancy.

16.—Breves palabras por el Dr. Osvaldo Goyco.





Asamblea del Distrito de Mayagüez, celebrada el 27 de abril de 1930.

DISCURSO DE APERTURA (*)

Por el Presidente ***DR. PEDRO PEREA.***

Sin títulos justificativos y más bien por la benevolencia de mis compañeros de profesión, fuí elevado inmerecidamente a la Presidencia Médica del Distrito y se me concedió el privilegio de dirigir su destino durante el año reglamentario.

Permitidme, pues, que en nombre de esta Asociación os brinde nuestro más afectuoso saludo y que os haga partícipe de mi más profundo reconocimiento por la prueba de distinción que nos habéis otorgado dando con vuestra presencia mayor realce a este acto y ofreciéndonos la gran oportunidad de ser beneficiados con la sabia jugosa de vuestra experiencia.

Realmente, esta aproximación intelectual que verificamos por medio de estos torneos científicos, favorecen en alto grado, el ideal que perseguimos y ayuda a la cristalización de nuestro pensamiento profesional. Hoy, el impulso adquirido por la ciencia médica, se ha dejado sentir de tal manera, que nuestra profesión siempre alerta a la corriente del progreso, está lista para responder a los estímulos de cultura y perfeccionamiento y para, contrarrestar la enseñanza, malsana de aquellos que ignoran o quieren ignorar, que es ésta, una institución laboriosa y fecunda, que dedica sus bríos y actividades incansables a conocer el presente vertiginoso y todos sus anhelos, a taladrar el porvenir con el pensamiento, despojando las nubes del futuro, para que más pronto brille con todo su esplendor el Sol de la humana medicina.

Aquí estamos unidos bajo la base de una enseñanza mutua, unidos por sentimientos hondos, iluminados por ideas altas y con miras de abarcar desde lo presente, las extensas lontananzas de lo porvenir.

Aquí estamos unidos para enseñar y recordar, que la ciencia se ha formado, estudiando mucho y estudiándolo todo pues que, de cosas al parecer tontas y de meros pasatiempos han salido todos los grandes descubrimientos, como nació, el teléfono de la curiosidad de amantes contrariados y de la chifladura físico-recreativa, denominada música galvánica del yankee Page...

Aquí estamos unidos como un solo hombre, que honrada y desinteresadamente, trabaja, para escudriñar esa piedra sellada que es el enfermo, para sacar luego la estatua, que háy siempre dentro de la piedra para quien sabe con paciencia, buscarla y encontrarla.

Aquí estamos pues, para aprender lo mucho que la ciencia tiene en sus arsenales infinitos para los que no se cansan de buscar, de investigar y de trabajar.

Nuestra labor pues, es ardua y muy difícil, más recordemos, que la verdadera realización, se presenta sin formas tangibles, sin actividad mecánica, sin exterioridades apreciables. Jesús y Sócrates, pasaron por el mundo al parecer sin dejar nada, y sin embargo, ellos fueron los más grandes realizadores de la civilización de occidente y se les cuenta hoy entre los más grandes defensores de la auto- responsabilidad, y es que son muy raros los hombres y los pueblos que tienen la fortuna de hallar para sus ideas ge-

* Asamblea del Distrito de Mayagüez, Abril 27, 1930.

nerosas un campo de actividad, en que la magnitud del espíritu se une a la magnitud de los hechos palpables en que ese espíritu se realiza.
ese espíritu se realiza.

¡Adelante, pues! Y que nuestros hechos, pensamientos, experiencias y enseñanzas, resuenen tan reciamente, que sean oídos en el presente y en el porvenir, sin que debamos debilitarnos en nuestra tarea por no ver surgir inmediatamente el fin que perseguimos, que así como el campo reverdece y enlozana con los seculares despojos de su propia arboleda, el día llegará, que nuestros esfuerzos, nuestras actividades palpables, palpitantes y públicas, puedan ser de gran provecho en el engrandecimiento y progreso de la futura medicina. Nuestra labor no sólo es de cultura social, sino de acendrado y altísimo patriotismo, porque elevar el nivel medio del saber, vale tanto, como fabricar ese ambiente tibio, luminoso e impregnado de amor, donde exclusivamente prospera la delicada flor del genio filosófico y científico, flor que se marchita o muere ante la etapa solitaria de la indiferencia o la tenebrosa caverna de la incultura.

Bien venidos pues, queridos compañeros y amigos; después de unos meses de ausencia, volvéis de nuevo a nuestra casa y éste calor de confianza y prueba de cariño nos penetra dulcemente hasta el corazón para hacer de nuestro hogar el vuestro... y ahora en este hermoso día, en la intimidad de esta Asamblea, nuestra primera conversación ha comenzado ya tacitamente con las palabras del insigne místico fray Luis, "decíamos ayer"...

LIBROS RECIBIDOS

Tratado General de Radiología Médica, Biología, Patología y Terapéutica. Tomo 1.

Por distintos profesores europeos bajo la dirección del Profesor Dr. Pablo Lazarus, de Berlín, traducido al alemán por los Dres. Luis Recasens y Vicente Belloch.

Editor—Manuel Marín, Barcelona, 1930.

Hookworm Disease; its Distribution, Biology, Epidemiology, Pathology, Diagnosis, Treatment and Control.

By Assa. C. Chandler, M. Sc. Ph D.

The Mac Millan Company, Publishers, N. Y.

The Normal Diet—3rd. Edition, by Dr. W. D. Sansun.

The C. V. Mosby Company, Publishers St. Louis, Mo.

Aviso a los señores Médicos de Puerto Rico y del extranjero.—Les agradeceremos el envío de los siguientes números del Boletín Médico de Puerto Rico: 151 (1925), 163 (1928), 168 (1929).

Necesitamos estos números para nuestros archivos, y esperamos la bondadosa ayuda de nuestros compañeros remitiéndonos dichos números.

Extractos de Revistas Extranjeras

Nos permitimos rogar a nuestros suscriptores nos envíen extractos de artículos médicos de importancia que aparezcan en revistas extranjeras. Pudieran pasar inadvertidos para nosotros.

Consideraciones Roentgenológicas del Mediastino. Webster W. Belden, Am. Jour. Roentgenol. 19: 36 (Enero) 1928.

Las siguientes entidades deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial: Mediastinitis aguda y crónica, abcesos del mediastino, mediastinitis tuberculosa, mediastinitis sifilítica, aneurisma aórtico, tiroide sub-esternal, timo persistente, quiste dermoide, tumores glandulares post sarampión y pertussis. La sombra de la tiroide sub-esternal es generalmente de forma triangular, con la base hacia arriba, mientras que el timo hipertrofiado asume la forma de la piedra angular, uniendo su base con la silueta cardíaca. Al diglutir, es movible la sombra, si ha sido producida por la tiroide, y así no hay movimiento de la sombra, indica entonces una lesión del mediastino. Un caso de timo persistente con erosión de una costilla antes de instituirse el tratamiento es citado en la discusión del presente trabajo.

Mortalidad de Apendicitis en los Niños: Un análisis crítico. H. E. Coe, Northwest Med. 28:416 (Sept.) 1929.

La mortalidad por apendicitis en la niñez fluctúa entre un 9.7 y 33 por ciento mientras que en los adultos tan solo alcanza de 2.2 a 5 por ciento. Tal diferencia se debe a un número de causas, entre las que se mencionan las siguientes:

1. Dificultades de diagnóstico. Tales dificultades son frecuentemente inexcusables, y debidas a falta de paciencia y habilidad del médico examinador. La exclusión de una pneumonía presenta, sin embargo, una seria dificultad.

2. Atención tardía. Con frecuencia la madre no se da cuenta de la seriedad de la situación.

3. El uso de purgantes que influye en la tumuración y aislamiento de la infección, formando adherencias.

4. Condiciones propias de la infancia. El apéndice pequeño fácilmente perforable del niño, aumenta la gravedad del cuadro clínico.

5. Operaciones fuera de lugar y de técnica defectuosa. La operación inmediata es indicada en los primeros dos días, pero después de esta fecha, frecuentemente, el esperar, sin intervención quirúrgcia determina mejores resultados.

Meningitis pneumococcica tratada con la solución de Pregl. Harry Appel, Arch. Pediat. 46: 516 (Aug.) 1929.

Se informa de un caso en una niña de 11 años, en quien los síntomas aparecieron súbitamente, hallándose la paciente en un estado de delirio al ser admitida al segundo día de la enfermedad. El líquido cefalorraquideo mostróse turbio. Numerosos pneumococos fueron hallados en dicho líquido, y 5 cc del suero polivalente antineumococcico (Tipo 1, 2, y 3) fueron administrados intrarraquideamente con advenimiento de shock y delirio. El suero antimeningococcico fué administrado de la misma manera. Se practicaron frecuentes drenajes intrarraquideos. Un mes después 10 cc de una solución compleja hipo-iodica (Solución de Pregl.) fué administrada intravenosamente y repetida dos días más tarde. Después de esta inyección la paciente recuperó rápidamente, abandonando el hospital a las tres semanas.

Cree el autor que es esta la primera vez que la solución Pregl ha sido empleada para este fin en la ciudad de Nueva York y sugiere sea ensayada en las meningitis de origen penumococcico.

Intususcepción. J. Gloss Casop. lek. cesk. 66:55 (Enero 7); 105 Enero 14, 1927.

De acuerdo con Nothnagel, la invaginación puede ser causada ya sea por un espasmo o por una parálisis de la musculatura circular del intestino. La intususcepción es con frecuencia aguda en los niños y crónica en los adultos. El sitio más corriente es la región ileocecal. La etiología puede incluir un cambio súbito en la dieta, como ocurre al destetarse el niño, y a veces la presencia de polipos, quistes, u otros tumores. Se citan casos con sus sintomatologías. El diagnóstico diferencial incluye las enteritis, gastro-enteritis aguda, colitis folicular, apendicitis y peritonitis. El pronóstico depende de la rapidez del tratamiento. La insuflación rectal de aire ha sido descartada en el tratamiento por la posibilidad de un desgarre del intestino. En algunos casos se recomienda la inyección preliminar de agua tibia con elevación de las nalgas.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

Año XXII. | Julio de 1930. | Núm. 178.

Diarrhea and Enteritis in Porto Rico

Bacteriological and parasitological study of infatile diarrheas (*)

By O. COSTA MANDRY, M. D.

It is well known fact that in colder climates broncho-pneumonia and rickets lead the list of causes of death in children, diarrhea and enteritis coming next or occupying a prominent place. In Porto Rico, however, among the causes of death in children, diarrhea and enteritis heads the list by a very wide margin, being followed by marasmus or malnutrition erroneously classed as rickets. The Special Rickets Commission (1) proved that this disease is practically non existent on the Island as had been previously claimed by the Department of Health of Porto Rico on several occasions.

The problems of "diarrhea and enteritis" and "tuberculosis" are, without discussion, the two outstanding public health problems of this island, the one, tuberculosis, a problem of adult life, of life at its most productive period, the second, "diarrhea and enteritis," a problem of infancy and early childhood. Under the complex known as "diarrhea and enteritis" are obviously comprised in Porto Rico a group of intestinal infections, nutritional disturbances and obscure disorders which are so classified for lack of a better or more descriptive term. Phelps showed that the death rate of diarrhea and enteritis in infants under two years, for Porto Rico and the city of San Juan surpassed that of the U. S. Registration Area or the cities of Boston, Chicago and New Orleans for the same period of time.

The diarrhea and enteritis of infancy can be divided into two groups, the one in which the condition is caused directly by pathogenic micro-organisms or parasites which can be found associated with the process, and the other, the larger group, of unknown or unestablished etiology and probably non infectious in nature.

Among the infectious-organisms which play the main role in the first group may be included dysentery bacilli, paratyphoid bacilli, B. proteus, and others. What role streptococci and staphylococci play is not definitely established, whether they act as primary inciters of the process or merely as secondary invaders in an already existing lesion.

Amoeba hystolitica has been associated

(1) Special Commission sent to Porto Rico in 1927 by the Bureau of Child Welfare of the U. S. Department of Labor to do special work on Rickets.

(*) Presented at the annual meeting of the Porto Rico Medical Association, December 16, 1928.

in a certain number of infantile diarrheas.

As causes or contributing factors for the second or obscure group, many theories have been advanced.

Temperature, the hot weather of summer months has been accounted as an exciting or contributing factor.

Rainfall, another factor to be considered, especially so in regards to those diarrheas or enteritis which are grouped as water borne.

Arnold, and Brody of Chicago have advanced a theory to explain these conditions and they claim a large number of followers. (*By experimental and statistical studies Arnold has shown that the stomach plays a large part in acidyfing its contents sufficiently to create an acid reaction in the upper part of the small intestine. Under these conditions we find the contents of this tract relatively free of bacteria. Arnold believes that the presence of an acid reaction in the upper part of the small intestine, induces or incites the mucosa to produce a bacterial substance that kills all the bacteria in the contents except the obligate flora. When the gastric secretory fnction is depressed as a result of the elevation of the internal temperature due to disturbances of the heat regulatory mechanism of the infant, caused by the high external temperature and humidity of summer, then the stomach cannot supply enough acid and the contents of the upper part of the small intestine remain alkaline, and under these conditions bacteria pass into and colonize this part of the small intestine giving rise to a bacterial flora resembling that of the caecum with a preponderance of the coli aerogenes type of flora. It is the action of these abnormal invaders that ordinarily are non-pathogenic which give rise to the diarrheas.*)

Quoting from Woods, some investigators maintain that there is a definite production of toxin from the intermediary products in the bacterial action on the proteins in the intestine, and that these products cause the diarrheas.

The present work consists in a study of the statistical data available in the Bureau of Vital Statistics of the Department of Health under the heading of diarrhea and enteritis and a bacteriological and parasitological study of normal and diarrheal stools. The yearly deaths in the age groups of, under one year, one to two years and two to five years, were computed and the percentage of deaths from the total deaths under five years of age, in each age group due to diarrhea and enteritis, was estimated. This was done for a period of 10 years or the period included from July 1918 to June 1928. The rate was figured per 10,000 living children under five years of age. It was not possible to compute the rate or number of those deaths occurring in males or females, white or colored infants or those living in the urban or rural districts in each age group because those are only carried for general mortality and not for individual group of diseases.

In all 176 feces of infants with diarrhea and 52 of normal healthy infants were included in this study.

PROCEDURE: All feces were fresh, being examined within 2 to 8 hours after passage. No stool was older than 8 hours. The largest number of the stools came from the dispensaries of the Department

of Health located in the city of San Juan. The stool was examined for parasites by diluting with a drop of normal saline on a slide and examining under the microscope, at least three different smears being examined. A smear with iodine solution instead of saline was also made to detect cysts of protozoa. The stools were then cultured for flagellates following the technique of Hill.

For the bacteriological examination of the feces, a definite amount about ½ cc. or ½ gram was emulsified in 5 cc. of normal saline solution and allowed to settle 15 minutes. The supernatant fluid was then planted on plates of Eosine Methylene Blue, Endo's Medium, blood agar and plain agar. If mucus was present in the stool, shreads were picked, washed three times in saline and then seeded on one half of the plates, the other half being seeded as before with the supernatant or remaining liquid. The plates were incubated 24 hours at 37° C., and suspicious colonies which developed were then studied, picked and trasferred to tubes of Russell Double sugar and the organisms isolated studied as to morphology, motility, Gram staining and cultural reactions in carbohydrates, milk and other differential media. Agglutination reactions were made whenever indicated.

In 72 children suffering with diarrhea, blood was obtained for agglutination reactions. Dryer antigens were prepared with various strains of the following organims:

E. para dysenteriae Flexner
E. para dysenteriae Hiss R.
E. shottmulleri
E. dysenteriae Shiga
E. typhi
E. paratyphi
E. enteritidis
E. suipestifer

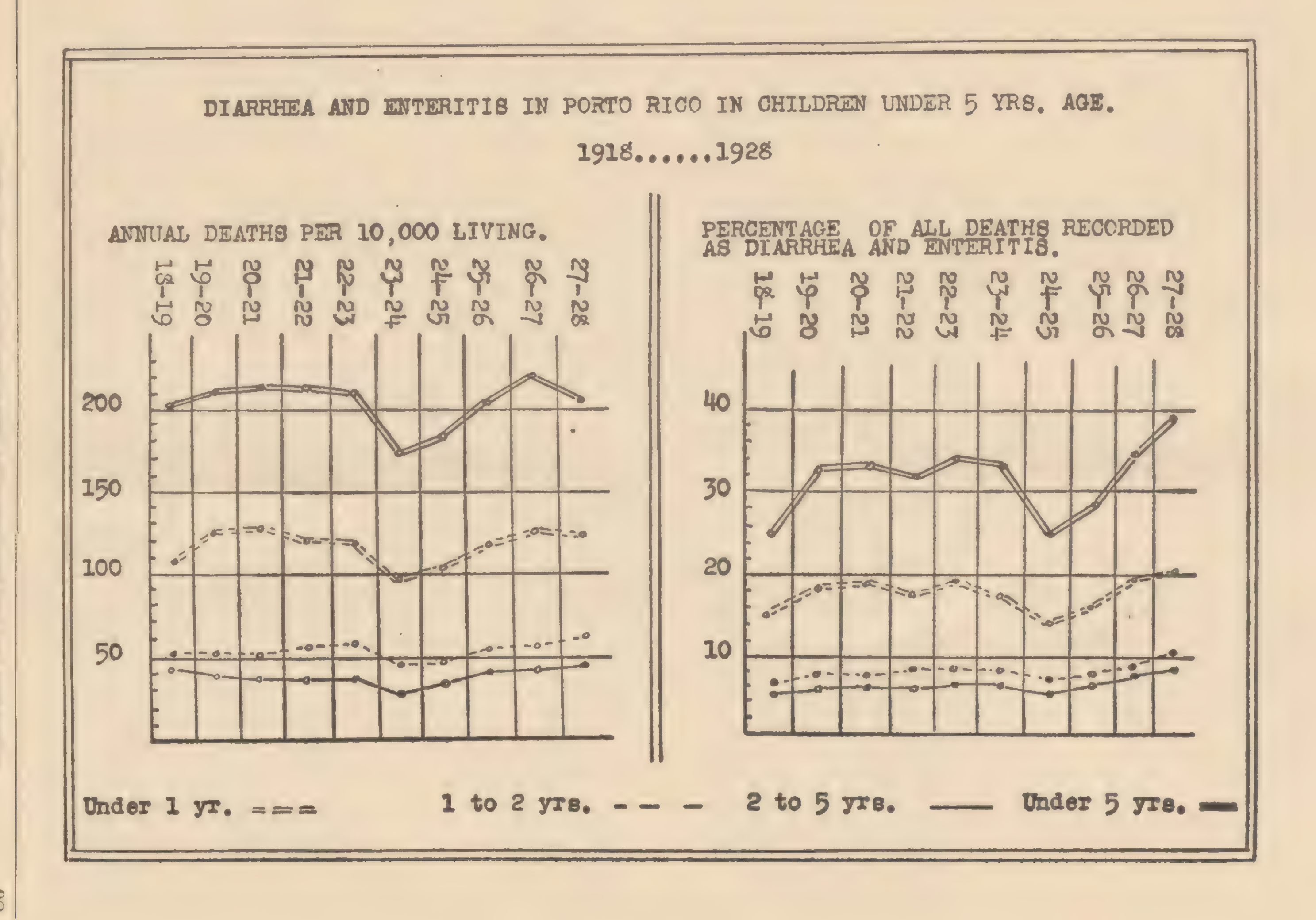
Agglutination tests were made with the serum of the blood. The microscopic test was selected. the dilutions of the serum used being 1 in 10, 1 in 20, 1 in 40 and 1 in 80. Results were read after one hour at 37° C.

FINDINGS:

In Chart I is presented the death rate from Diarrhea and Enteritis and the percentage of all deaths in children under five caused by diarrhea and enteritis.

The following table indicates the number of deaths classified as diarrhea and enteritis in the different age groups. The estimated population (all ages) is also included.




DIARRHEA AND ENTERITIS IN PORTO RICO IN CHILDREN UNDER 5 YRS. AGE.
1918......1928
ANNUAL DEATHS PER 10,000 LIVING.
18-19
19-20
20-21
21-22
22-23
23-24
24-25
25-26
26-27
27-28
200
150
100
50
PERCENTAGE OF ALL DEATHS RECORDED AS DIARRHEA AND ENTERITIS.
18-19
19-20
20-21
21-22
22-23
23-24
24-25
25-26
26-27
27-28
40
30
20
10
Under 1 yr. ===
1 to 2 yrs. - - -
2 to 5 yrs. ——
Under 5 yrs.

The following table indicates the number of deaths classified as diarrhea and enteritis in the different age groups. The estimated population (all ages) is also included.

FISCAL YEAR	Under one year	One to 2 years	Two to 5 years	TOTAL under 5 yrs.	TOTAL 5 yrs. and over	TOTAL ALL AGES	ESTIMATED POPULATION
1918-19......	2144	1035	839	4018	1301	5319	1,258,990
1919-20......	2453	1034	753	4240	998	5238	1,299,809
1920-21......	2565	1011	760	4336	895	5231	1,315,870
1921-22......	2435	1181	747	4363	917	5280	1,333,846
1922-23......	2451	1124	737	4312	913	5225	1,351,822
1923-24......	2097	982	622	3701	772	4473	1,381,238
1924-25......	2248	1022	732	4002	800	4802	1,398,796
1925-26......	2539	1190	818	4547	807	5354	1,417,646
1926-27......	2980	1248	967	5195	1016	6211	1,436,521
1927-28......	2731	1391	1065	5187	839	6026	1,454,047

The results of agglutination reactions of the blood of children with diarrhea and enteritis against various organisms of the Eberthella and salmonella groups, are not recorded because no positive reactions were obtained.

Bacteriological findings were essentially negative. No organisms of the Eberthella or Salmonella group were isolated. B. pyocyaneous was isolated in two cases of diarrhea (1.1%) and B. proteus in one (0.55%); Staphylococci and Streptococci in 0.5% in each case and 3.8% and 1.9% of the normal cases. No attempt was made to culture yeast budding fungi, but if any developed on the media used, they were studied and identified. Fungi were found in 1.1% of the diarrhea and 5.7% of the normal stools.

Tables II and III show in detail the results of the parasitological study.

Results of examination of feces for flagellates in the age group under 5 years. (figures indicate percentage)

	TOTAL no. of cases	TRICHOMONAS HOMINIS		CHILOMASTIX MESNILIR		GIARDIA LAMBLIA
		SMEAR	CULTURE	SMEAR	CULTURE	
DIARRHEA	67	4.4	13.4	5.8	7.4	7.2
CONTROL	52	7.6	14.2	1.9	3.8	5.3

TABLE No. II

RESULTS OF THE PARASITOLOGICAL EXAMINATION OF FECES.
(Figures indicate percentage)

		Total number of cases examined	Hookworm	Trichuris trichiura	Ascaris lumbricoides	Strongyloides stercolaris	Endamoeba Coli	Endamoeba Nana	Endamoeba Histolytica (cysts)	Giardia lamblia	Trichomonas hominis	Chilomastix mesnili	Percentage positive any parasite	Helminths	Amoebae	Flagellates
DIARRHEA	under 1 year	47									2.1	6.4	6.4			6.4
	1 to 2 years	53	1.8	15	17		1.8			7.5	9.4	3.7	38	33.9	1.8	20.7
	2 to 5 years	75	2.6	29.3	26.6	2.6	14.6	4	2.6	13.3	8	4	67	61.3	21.3	25.3
	under 5 years	175	1.7	17.1	16.5	1.1	6.8	1.6	1.1	8	6.8	4.5	43	30.8	9.6	18.1
CONTROL	under 1 year	8														
	1 to 2 years	16		31.2	25								63.5	56.1		
	2 to 5 years	28	7	35.7	17.7		14.2			7.1	10.7	3.5	67.9	53.5	14.2	21.4
	under 5 years	52	3.7	28.8	17.3		7.6			3.8	5.7	1.9	71.2	46.1	7.6	11.5

DISCUSSION

Sanitary conditions, the establishment of prenatal dispensaries and the numerous activities of the Department of Health of Porto Rico have apparently not influenced the mortality in diarrhea and enteritis in children under five as this has increased in late years. The percentage of deaths due to diarrhea and enteritis in the total infantile mortality rates of children under five years has also increased in all age groups under five years. Phelps and Dávila in their study of diarrhea and enteritis in Porto Rico found a distinct association between diarrhea and enteritis in the age groups of 1 to 2 years and 2 to 5 years with temperature and rainfall but in the age group under 1 year there is only an association with temperature. They also found an association in the former two age groups with water supply and advanced the possibility of these conditions being in part water born. Seasonally only the age group over 2 years has a relation and resembles in this respect typhoid fever. This relation is also seen with the age group 1 to 2 years. For the age group 2 to 5 years the relation, if any, is not as clear cut. As seen from Chart I diarrhea and enteritis is the cause of 25 to 38 percent of all deaths in children under five years. The highest incidence occurs in the age group under one year where the percentage fluctuates between 13 and 20, the lowest incidence being found in the group 2 to 5 years with a percentage of of 5 to 8. It is in the age groups under one year and one to two years where diarrhea and enteritis occurs most frequently, especially so under one year. Fernós, in a statistical comparison of mortality rates between Porto Rico and New York showed that in the age group under one month of age New York City surpasses us in infant mortality, but from there on the mortality rate of Porto Rico rapidly surpassed taht of New York. (45 percent of the total number of deaths under one year in Porto Rico occur in the age period of one month to six months.) It is after the one month period that the majority of deaths from diarrhea and enteritis ocucur in Porto Rico.

The question of intestinal flagellates as an etiologic agent has been the subject of numerous papers. Zahorsky believes that *Giardia lamblia* in infants produces an increased intestinal peristalsis, lessening of absorption and a consequent retardation in growth. He bases this observation on the study of only ten cases.

Comparing our results with those obtained by Hill and Hill in a previous study, we find that in 66 cases of diarrhea in children they found 75 percent positive for flagellates and of 21 normal children 28 percent positive. Our figures differed markedly from theirs, being 18.1 percent for the diarrheal and 11.5 percent for the controls. However in our series are included 100 children under two years of age and 75 from two to five years. Our cases are practically all urban cases, theirs included a large number of cases from the rural zone. We do not believe that in our series of 176 cases of diarrhea in children under five, flagellates played any importance as a contributing factor. The method of examination for flagellates by culture, we agree with Hill and Hill as being much more reliable than

the examination of a smear and gives a higher percentage of positives.

In our series parasites or helminths were as commonly found in the diarrheal as non-diarrheal cases, excepting the age group under one year where in no case were helminths found in the diarrheal cases.

Known pathogenic microorganisms can also be ruled out as a specific cause. In four cases B pyocyaneous was isolated in the age group under 1 year. No active motile amoebae with red blood corpuscles in the ectoplasm were found in any case.

Nutritional and environmental conditions must undoubtedly play a part in the diarrheas and enteritis under five years. In many of the deaths recorded as diarrhea and enteritis this may have only been a manifestation of a condition present in other parts of the body. All these factors and possibilities must be considered and analized in further studies of diarrhea and enteritis in Porto Rico.

SUMMARY:

The results of a parasitological and bacteriological study of 176 diarrheal and 52 normal stools of infants in the age groups under 5 years are presented.

18.1 percent of the diarrheal and 11.5 percent of the normal feces showed the presence of flagellates. 43 percent of the diarrheal and 71.2 percent of the normal feces showed some parasite.

Temperature. rainfall and water supply may act as contributing factors of these group of conditions.

Further studies along nutritional lines and environmental conditions are needed along this group of conditions.

We can advance the conclusion that no *one* definite cause or factor has been found in this study as directly responsible for the large number of infantile deaths due to diarrhea and enteritis as classified in the Vital Statistic records of Porto Rico.

ACKNOWLEDGMENT:

We are indebted particularly to Mr. Marin, formerly of the Parasitology Department of the School of Tropical Medicine of the University of Porto Rico under the auspices of Columbia University for aid and suggestions in the examination of many of the feces for parasites, to the personnel of the dispensaries of the Department of Health for collecting and providing material; and the Bureau of Vital Statistics of the Department of Health for aid in obtaining and interpreting statistical data.

BIBLIOGRAPHY

1. **AMBERG, S.**—A Contribution to the study of Amoebic Dysentery in Children. Johns Hopkins Hosp. Bull., 1901, XII, 355.
2 **ARNOLD, L.**—Diarrhea in Infants. Arch. Pediat., 1927, 7-85.
3. **ARNOLD, L.**,—The Gastro-Duodenal Bactericidal Mechanism. Am. Jr. Hyg. 1926 VI 672-683.
4. **COSTA-MANDRY, O.**—Epidemiology of Tuberculosis in Porto Rico. Rev. Pub. Health & Trop. Med., 1928. IV, 3-13.
5. **FERNOS ISERN, A.**—Deaths Rates in Porto Rico and some other countries. P. R. Rev. Pub. Health & Trop. Med., 1928, IV, 70-77.
6. **FERNOS ISERN, A.**—Infantile Morbidity and Mortality in Porto Rico. P. R. Rev. Pub. Health & Trop. Med., 1928, III. 461-467.
7. **FLEXNER, S.**,—Bacteriological and Clini-
HOLT, L. E. —cal Studies of Diarrheal Diseases of Infancy. 1904, N. Y. (Rooney & Otters Co.)
8, **HERLMHOLZ, H. F.**—The Realtion of Heat to the Morbidity and Mortality of

Infants from Gastro-Intestinal Diseases.— J. A. M. A., 19214, LXIII. 1371-1374.

9. **HILL, C. McD.**,—The Successful Application of the Culture Method to the Diagnosis of Intestinal Flagellates in the Field. Am. J. Hyg., 1926, VI, 646-658.

10. **HILL, C. McD.**,—Infection with Protozoa **HILL, R. B.** and the Incidence of Diarrhea and Dysentery in Porto Rican Children of the Pre-School Age. Am. J. Hyg., 1927, VII, 134-146.

11. **MITA. K.**—Dysentery-like Diseases, Paradysentery, Paratyphoid in Children and their causes, J. Infect. Dis., XXIX, 580-590.

12. **PHELPS, E. B.**—Diarrhea and Enteritis in Porto Rico.
1. An Epidemiological Study. P. R. Rev. Pub. Health & Trop. Med .1928, III, 345-357.

13. **PHELPS, E. B.**—Diarrhea and Enteritis in **DAVILA J. V.** Porto Rico. II. Relation to Water Supplies, P. R. Rev. Pub. Health & Trop. Med., 1928, III, 468-487.

14. **ZAHORSKY, J.**—Giardiasis in Children. South Med. J. 1928, XXI, 595-598.

15. **WOLLSTEIN, M.**—The Dysentery Bacillus in a Series of Cases of Infantile Diarrhea. J. Med. Research, 1903, X, 11-20.

16. **WOODS, E. B.**—The Acid Base Balance in Children with Reference to Intestinal Disturbances. Jour. Mo. S. Med. Assoc., 1928, XXV, 1-9.

MEMBRANA DE JACKSON *

DR. PEDRO PEREA

Tan oscura como la patogenia y etiología del cancer gástrico resulta la sintomatología que delata la presencia de ésta afección llamada "Membrana de Jackson" por ser éste el primero en describirla y llamar su atención a todos los cirujanos.

De los muchos casos operados por nosotros, someteremos hoy a la consideración de nuestros compañeros y amigos un caso clínico referido a nosotros por el Dr. Ramírez, de Cabo Rojo, en Febrero 15, de 1929.

Se trata pues, del señor Juan Pepe A.. natural de Cabo Rojo. Nuestro enfermo tiene 45 años de edad, casado, tiene seis hijos, todos en buena salud, su madre vive y tiene 70 años, su padre murió a los 68 años envenenado, tiene cinco hermanos, todos en perfecto estado de salud.

Su enfermedad actual empezó hace dos años mas o menos, con dolor espontáneo en el vientre y en la espalda y que mejoraba cuando comía y eruptaba; dolor que luego se fijó en el lado derecho hacia el punto de Mac Bourney, sin que el tratamiento médico haya podido mejorarlo.

Ultimamente hace mes y medio comenzó a tener dolor en la región de la vesícula biliar a veces tan fuerte que le hacía vomitar; molestias todas, que continuando y acompañándose de astricción del vientre, le llevaron a consultar a su médico y a nosotros para la conveniencia de una intervención quirúrgica.

En su aparato respiratorio hay síntomas de una bronquitis intensa: su vientre está muy distendido: pero lo notable de éste enfermo es la gran contracción del vigoroso vientre superior del recto abdominal derecho que en tensión contínua, espontánea y acentuada a la menor presión impide explorar la cavidad; mas la exploración sostenida logra vencer la resistencia y encontrar plenamente que

(*) Leído en la asamblea de Cayey (Guayama)—Mar. 9, 1930.

no hay nada tumoral y si una zona timpánica a la percusión.

El examen de orina por el Dr. Lassise, revela la presencia de indican y trazas de bilis; la excreta, la presencia de Uncinaria; la sangre; Wasserman, negativa y contaje diferencial como sigue: Polimorfonucleares 62%; pequeños mononucleares 13%, grandes mononucleares 15 por ciento, esinófilos 7 por ciento, basófilos 0.6 por ciento, transicionales 2.2 por ciento.

El examen radiográfico del Dr. Guzmán Jr., es como sigue:

"La comida de sedimento seis horas después de administrada, ha pasado al intestino, encontrándose en su mayor parte en el ileon terminal, y habiendo avanzado hasta el codo hepático. No hay resíduo en el estómago ni en el duodeno. Administrada la comida morfológica se ve que el estómago es de tipo hipertónico, de tono normal, peristalsis correcta, no ofrece anormalidad en su contorno. El duodeno se visualiza. El estómago que tiene una mobilidad perfecta hacia arriba y hacia la derecha, está fijo e inmovible en su unión duodenal. El colon transverso y descendente se ven dilatados por gases, y el ascendente no se separa libremente del ciego, dando una sensación de fijeza e inamovilidad. No se visualizan puntos en la vesícula biliar. La apéndice no se ha visualizado.

DEDUCIDO: — Descartando úlcera-duodenal por falta de evidencia roentgenológica, deducimos la existencia de adhesiones gastro-hepáticas, y ciego colónicas."

Operación: Laparatomia supra umbilical en el borde externo del recto abdominal derecho. Exposición de la cavidad abdominal que comprueba estos particulares dando el cuadro típico de la membrana pericolítica de Jackson, esto es, bandas vasculares en forma de velo, en las que el tejido vascular tiene un curso paralelo y toma una dirección en espiral sobre el colon. Acompaña a este tejido vascular algunas bandas de tejido conjuntivo que terminan en forma de abanico en la parte interna del colon en cuyos puntos el intestino se encuentra aprisionado. Todo el cuadro se presenta a nuestra vista dándonos la impresión de que existe debajo de ésta delicada membrana un fluido edematoso.

El colon en este caso y según lo describe Jackson está colocado en un saco diáfano, muy pequeño para contenerlo y al maniobrarlo, este se mueve con alguna dificultad como lo hace el feto dentro de su saco amiótico.

Ante este cuadro procedemos según se recomienda a la disisión y excisión de las membranas cerrando luego el vientre en la forma habitual y dando así por terminada nuestra operación.

Nuestro enfermo sanó sin complicación alguna y fué dado de alta a los 20 días completamente curado y como lo está hoy como no podría lograrse por medios médicos, porque estos casos tributarios exclusivamente de la Cirujía no pueden estar en la medicina mas "que de paso" en tanto se hace un diagnóstico exacto y se comprueba la ineficacia de la terapéutica médica.

El porque de la Importancia de reconocer pronto las Enfermedades Agudas del Apéndice

JACINTO AVILES, M. D., F. A. C. S.

El asunto que traemos a vuestra consideración está basado en nuestra propia experiencia clínica y en la experiencia que nos han referido otros distinguidos colegas. Esperamos que sea de utilidad a los ilustres compañeros aquí reunidos. La materia no es nada nueva; una ojeada a nuestros textos de medicina, bastará para demostrar que desde hace mucho tiempo son conocidas las afecciones del apéndice, aunque en el pasado se desconocía el riesgo de la enfermedad que actualmente reconocemos como en extremo peligroso. Rara vez se deja de discutir el tema de la apendicitis en nuestras asambleas médicas. Los conocimientos y técnica en la cirujía progresan extraordinariamente y se cuenta con mayores facilidades para transportar rápidamente los casos de urgencia a los hospitales.

Sin embargo, y no obstante de todos estos adelantos, y del conocimiento general que hoy tenemos del peligro de las inflamaciones agudas del apéndice, las muertes que se registran todos los años por estas enfermedades, alcanzan a un crecido número. Lo más sensible, es que la mayoría de estas muertes, ocurren en niños y en jóvenes adultos que gozan de otra parte, de perfecta salud, que, a no ser por esta repentina y fatal enfermedad, serían seres llamados a vivir algunas décadas de años.

Sabemos bien que si en un caso de inflamación aguda del apéndice, operamos antes de que ocurra la perforación, la mortalidad es tan baja, que apenas si se hace perceptible. El demorar la intervención quirúrgica en uno de estos casos, es contribuir a menudo a una muerte innecesaria, como es del conocimiento de los compañeros.

En nuestra opinión la demora en operar, obedece a tres causas:

1. La ignorancia del paciente a no solicitar los cuidados del médico, hasta tanto la enfermedad no le agobie.

2. Reconocimiento de la enfermedad tardíamente o, un diagnóstico equívoco.

3. Diagnóstico correcto, pero criterio quirúrgico erróneo, al determinar cual debe ser el momento oportuno de la intervención.

Obvio es decir, que lo vital del problema que nos ocupa, es el hacer un diagnóstico precóz, y operar con urgencia; pero ocurre que en el caso más típico y fatal, es cuando a veces se comete el error de diagnóstico, o éste se hace demasiado tarde; ambas cosas lamentables.

Era de esperarse que con todos los medios que hoy contamos para operar con prontitud todo caso de emergencia, la mortalidad por las inflamaciones agudas del apéndice, quedaría reducida casi a nada; desgraciadamente no es así; años tras años, las estadísticas nos demuestran que la mortalidad no ha disminuído.

Indudablemente, que el promedio de tiempo transcurrido entre el caso agudo ya visto y la operación llevada a efecto, es mucho más corto hoy, que el tiempo que se acostumbraba esperar en el pasado.

(*) Leído en la Asamblea Anual.—Dic. 21, 1929, San Juan, P. R.

Ante este hecho nos preguntamos: ¿Cuáles son las causas contributivas a mantener el alto porcentaje de mortalidad? Acaso una mayor morbilidad? Si no es así, nos inclinamos a pensar que existe un factor determinante en el hecho de que un por ciento alto de casos de apendicitis aguda escapan el momento propicio de ser operados con éxito; de otra parte, nos inclinamos a creer que nos anticipamos a operar los casos que por el simple tratamiento médico hubieran también curado. Esto si así fuera, no lo anotamos como una de las causas, lo mencionamos para demostrar que apesar de estar operando diariamente, la mortalidad es la misma. Se inclina nuestro ánimo a aceptar como causa principal del fracaso, el desconocimiento evidente que aún existe de los síntomas primordiales y de la patología verdád. Es una vulgaridad entonces, decir que para tratar con éxito la apendicitis aguda, requiérese conocimiento de la patología y reconocimiento exacto de los síntomas complejos en los primeros estados de las diversas formas agudas apendiculares.

Recordemos que entre las variadas formas de enfermedad aguda del apéndice, existen dos condiciones primarias que difieren sintomática y patológicamente la una de la otra.

Primeramente tenemos la apendicitis aguda, o inflamación aguda de la pared del apéndice.

Segunda: la obstrucción aguda de la luz del apéndice o, obstrucción apendicular.

Rara vez encontramos estas dos formas asociadas. Sin embargo, lo esencial para nosotros en saber que existen las dos formas que acabamos de mencionar. La primera, inflamatoria, que Wilkie describe como semejando la inflamación aguda tonsilar; y que muy rara vez termina fatalmente; la segunda, obstructiva, semejando la obstrucción aguda intestinal, sumamente peligrosa y la causante del noventa por ciento de las muertes por apendicitis.

El conociminto defectuoso que tenemos de la sintomatología y patología de la enfermedad que hemos aludido, en nuestra opinión, puede atribuirse en gran parte a que los libros de texto frecuentemente agrupan estas dos entidades agudas, en una sola, trayendo una confusión del cuadro clínico, con la posibilidad de omitir así, uno o más de los síntomas cardinales.

Si nosotros examinamos la sintomatología de un caso típico de cada una de estas condiciones, veremos enseguida, dos distintas individualidades.

Refrescando nuestra memoria, recordemos que los síntomas de la apendicitis aguda—tipo inflamatorio de la pared del apéndice—son los siguientes:

El dolor, de carácter sordo y contínuo; náuseas y en ocasiones, vómitos; fiebre y pulso rápido; facies congestionada; lengua sucia y sensibilidad en la fosa iliaca derecha, con posible peritonitis local y toxemia.

Sabemos que un gran número de estos casos recuperan bajo un tratamiento médico, pero en nuestra práctica preferimos operar inmediatamente; en parte, porque el apéndice puede contener una concreción con la resultante de una úlcera que puede perforar; y en parte, porque un ataque de esta naturaleza, aunque recobre sin la operación, predispone a otro ataque probablemente de mayor intensidad.

La sintomatología del segundo tipo—apendicitis aguda obstructiva — es como sigue:

El enfermo es acometido repentinamen-

te por un fuerte dolor abdominal de carácter cólico lancinante, comunmente en la región umbilicar o, en el bajo epigastrio. El dolor viene acompañado invariablemente de vómitos, que pueden repetirse. El enfermo puede estar bajo el sufrimiento del dolor por algunos minutos, o cerca de una hora. El dolor entonces suele ceder y hasta casi desaparecer. Si el médico es llamado durante el período álgido del dolor, puede suceder que a su llegada encuentre al enfermo sintiéndose relativamente aliviado; con su lengua limpia, con temperatura y pulso normal y sin la menor seña de ansiedad. Si se examina el abdómen, puede presenciarse rigidez y sensibilidad, en la fosa iliaca derecha. Este es el momento oportuno. Diagnosticará el médico, "un ataque cólico" prescribiendo algún calmante, o purgante, o aconsejando alguna otra indicación, o pensará si será o nó una obstrucción aguda apendicular, que de ser así, debe de ser atendida adecuadamente si queremos tener éxito.

Si el médico se decide por lo primero, los ataques de cólicos terminarán por un dolor generalizado, seguido más tarde por un período de calma. Este alivio transitorio, ha sido objeto de graves equivocaciones, creyéndose el enfermo ya bien, cuando la gangrena y la perforación es lo que en realidad ha ocurrido.

El período de calma puede ser más o menos duración, cambiando entonces el caso, a un estado grave. En la gravedad, es llamado el médico de nuevo con urgencia, encontrando al ver a su enfermo, un cuadro lamentable. Un abdomen tumefacto y rígido; pulso ligero; lengua seca; todos los síntomas de una peritonitis séptica generalizada. El enfermo aún en esta condición, podría salvarse con la intervención, pero la mortalidad es crecidísima.

Sin embargo, si el médico previsor de los peligros de una obstrucción aguda del apéndice, no prescribe purgante, ni calmante, pero vuelve a examinar mucho antes de haber alcanzado el grado anterior, e insiste en operar al principio, cuando el dolor ha recurrido de nuevo, y la sensibilidad y rigidez sobre la fosa iliaca derecha se ha acentuado, entonces es cuando el enfermo operándose, tendrá todas las probabilidades de curarse.

He aquí señores la importancia de reconocer, de esclarecer, de visualizar los primeros síntomas de la obstrución aguda apendicular, como lo esencial que es también, prever los resultados funestos del proceso.

Muchos distinguidos colegas partidarios de la inmediata operación, dan énfasis a la elevación de temperatura como uno de los síntomas cardinales en las enfermedades agudas del apéndice. Esto es un error, muchos de los casos que más apremian una intervención, frecuentemente no dan elevación de temperatura durante las primeras ocho, diez o doce horas de iniciarse el ataque. No debemos de esperar siempre, elevación de temperatura durante las primeras horas de una obstrucción aguda intestinal; de igual manera, no debemos de esperar fiebre, durante las primeras horas de un ataque de obstrucción aguda del apéndice.

El fundamento esencial con relación a la patología de esta enfermedad, se basa en el hecho, de que si una porción de intestino conteniendo materia fecal, se cierra por ambos extremos, la putrefacción del contenido es lo inevitable, conduciendo esta descomposición, a la distensión del asa intestinal, a la gangrena y finalmente a la perforación.

De igual modo, si una concreción dentro del apéndice se incrusta en un punto estrechado, o en un acodamiento conteniendo el apéndice materia fecal en la porción obliterada, la putrefacción, la distensión y la gangrena, será su resultado.

La gangrena maciza que encontramos en muchos de las casos que operamos, no se debe a trombosis de los vasos del meso apéndice. Esto puede comprobarse al verse borbotar sangre de la arteria, cuando cortamos a través del meso-apéndice sin previa ligadura. La gangrena se debe a la distensión del apéndice inducida por el contenido putrefacto. El proceso puede demostrarse experimentalmente: Tómese el apéndice de un conejo, con su riego sanguíneo intacto. Llénesele con materia fecal y obstrúyase en su extremidad próxima. El resultado será la gangrena dentro de las doce horas consecutivas.

Existe una forma de obstrucción secundaria que empieza por un proceso inflamatorio de la pared del apéndice y que termina por la obstrucción en un punto cerca de la extremidad de su base; los síntomas de obstrucción, pueden sobreponerse a los de la inflamación. De manera, que en un caso donde los síntomas de náusea, fiebre, pérdida de apetito, dolor sordo, y posibles vómitos, síntomas todos que conducen a el diagnóstico de apendicitis aguda o subaguda, de repente puede presentarse un dolor cólico, indicador de una obstrucción completa de la luz del apéndice. Toda duda que existía antes sobre la necesidad de operar inmediatamente, queda ahora descartada, tomándose enseguida las medidas necesarias, para extirpar el apéndice sin demora alguna.

El peligro de estos casos no es tan grave como lo es, en aquellos en que la obstrucción fué el factor primario en la patología. En la obstrucción secundaria, la perforación ocurre dentro de un area del peritóneo que casi siempre forma una pared por las adherencias inflamatorias, y consecuentemente, la formación de un absceso localizado, puede ser el resultado.

No vamos a detenernos a considerar el tratamiento de estos casos, que exije una sabia discreción y donde en ocasiones, una conducta expectante, está justificada.

Nuestro objeto principal en el asunto que nos ocupa, es dar énfasis a la suprema importancia que es, hacer un diagnóstico precóz de los casos afebriles con dolores lancinantes de carácter cólicos, cuyos síntomas representan el primer estado curable de la obstrucción aguda apendicular y diferenciar este mal, de la inflamación aguda de la pared del apéndice, que relativamente es una enfermedad más benigna, reclamando que tal distinción es un hecho comprobado en patología, conocimiento esencial para un diagnóstico exacto.

166 West 93rd. Street, New York City.



El Problema del Tratamiento Preventivo de nuestras Enfermedades Comunes basado sobre observaciones de un Survey Físico practicado en los Asilos Insulares recientemente (*)

DR. MANUEL PUJADAS DIAZ

I. Número de niños examinados: 361.
Número de niñas examinadas: 299.
Total examinados: 660.

II. Detalles comprendidos en el examen
(*a*) Historial.
(*b*) 1 Estatura (2) Peso (3) Nutrición (4) Dentadura (5) Amígdalas y adenoides (6) Respiración nasal (7) Visión (8) Audición (9) Linfatismo (10) Corazón (11) Pulmones (12) Aparato digestivo (13) Aparato nervioso (14) Hernia (15) Condiciones ortopédicas. (16) Piel (17) Parásitos intestinales (18) Malaria (19) Sífilis (20) Rayos X. (21) Anemia en general. (22) Otras condiciones.

(A) Historial.

La base de esta información la forman aquellas enfermedades más comunes de tratamiento específico preventivo como la viruela, difteria, sarampión y tifoidea.

Niños y niñas inmunizados contra la viruela 528; contra difteria 536; contra tifoidea 563.

De todos los inmunizados solo ocurrió un caso aparentemente de tifoidea de 1½ años de inmunización y de forma relativamente atenuada. Ocurrió en la niña Clotilde Prado a raíz de regresar de unas vacaciones de Vega Baja en donde habían ocurrido 2 casos de muerte de la enfermedad. La bronquitis moderada, curso febril de cuatro semanas, deposiciones características y dolor en el vientre, clínicamente expusieron el caso. Reacción Widal desde luego, positiva. Se eliminó del diagnóstico diferencial: influenza, nefritis, gastritis, malaria, etc pero siempre tuve en mente una posible influenza de síntomas gástricos predominantes.

Bien sabemos como desde que se implantó el sistema de vacunación de Jenner se barrió de la historia de las epidemias la terrible plaga de viruelas. En Puerto Rico no se reporta un solo caso desde hace muchos años. La importancia de la inmunidad preventiva de estas enfermedades la señala el siguiente *statement* sobre difteria como podría ser sobre cualquiera otra de las dolencias indicadas.

Oigamos lo que dice a este respecto el Ohio Public Health Journal en relación con la ciudad de Salem, Ohio en un lapso de tiempo de 20 años. De 1890 a 1899 este pueblo de 10,000 habitantes tuvo 162 casos de difteria con 48 muertes o sea el 30%. En 1900 las autoridades sanitarias empezaron a proveer gratis antitoxina para todos los casos. En 10 años, de 1900 a 1909 hubo 126 casos con una sola muerte y en tal caso no se administró la antitoxina hasta el tercer día. Si el por ciento de muerte hubiera sido tan alto durante la segunda década como en la primera, Salem hubiera tenido 37 muertes de difteria. La antitoxina provista durante

(*) Leído en la Asamblea Anual.—Dic. 21, 1929.

los 10 años costó a la ciudad $220 o sea un promedio de $6 por vida. Cualquiera comunidad que deseara saber el costo de salvar la vida de un niño de difteria, podría asegurar esto multiplicando el número anual de casos de difteria por el costo de 5,000 unidades de antitoxina y dividir el resultado por el número de muertes de difteria cada año.

En relación con la fiebre escarlatina alrededor de 50 niños, recibieron la prueba de Dick y así mismo 30 niñas. Con excepción de un caso sospechoso, el resto todo reaccionó negativamente, lo cual demuestra de modo elocuente la poca o ninguna susceptibilidad que tienen nuestros niños a la citada enfermedad. Y bien nos explicamos todos ese hecho al no ver la escarlatina en nuestros casos en la isla.

El grupo mencionado de enfermedades de tratamiento preventivo específico, sabemos, no habrían de constituir problema serio alguno en países en donde se les diera el interés e importancia que reclama una oportuna inmunización contra la misma.

Pero existe a mi juicio otro grupo de dolencias graves que podrían evitarse del mismo modo que las específicas y estas son las ocasionadas por las infecciones focales.

El resultado de esta investigación en los Asilos de Niños y Niñas es como sigue:—

Infecciones focales (comprendiendo amígdalas sépticas, dientes cariados, Otitis purulenta, adenoiditis catarral, rinitis, senos infectados, etc.)

Niños: 118 nutrición; (Under weight) 54; anemia, 10; (Taquicardia) 5; reuma 6; estómago 2; riñones 3; sistemas nervioso 4; (Corea, Histerismo.)

Niñas: 72; nutrición 21 del total de 28; anemia 3; corazón 6; reuma 2; estómago 4; sistema nervioso 4.

Lo que pone de manifiesto que el riñón, corazón, desnutrición, reuma, el sistema nervioso, derivan trastornos serios del material séptico ingeridos por el sistema al través de los mencionados focos de infección.

Mentalmente surgen del número de niños investigados por infecciones focales un buen número de atrasados o que al menos no responden intelectualmente tan brillantemente como los otros. En el asilo de Niñas la Srta. Santaella me reportó 11 niñas de esta clase y en el de niños 18. Con respecto a este tópico dice el Dr. E. W. Lee en un address a la Asociación Médica de New York "El crimen es una enfermedad mental debida a un defecto físico." Y reportó el caso de una madre que desesperada por el cambio radical de carácter de su hijo apeló a un médico para que lo examinara, quien encontrándolo afectado de amígdalas muy sépticas, caríes dentales con abcesos en sus raíces y defectos de visión extirpó rápidamente tales focos de infección y los errores de refracción. El jóven criminal de ser un depravado moral tornóse de modo maravilloso en un ciudadano trabajador, serio y útil a su comunidad. ¡Cuántos miles de niños son arrojados al lupanar por su fracaso en las escuelas! ¡Y cuántas tragedias en la vida tienen un punto de partida en el fracaso de un examen motivado por un defecto físico!

El gran problema de la desnutrición en nuestro país debe así mismo interesarnos desde el punto de vista de evitar las enfermedades, si consideramos que ello es factor serio en la causa de las mismas.

Dieta mal balanceada y pobre, defectos físicos con su vajel de infecciones focales y ambiente insalubre guía de modo franco y directo hacia ella.

En el Asilo de niños y niñas en relación con este problema anotamos las siguientes investigaciones.

Niños: Peso normal: 205; Under weight 160, o el 80%; "Under weight" 15% o menos de 15:90.

Niñas: Peso normal 171; Under weight 128 o el 70%; Under weight 15% o menos de 6.2.

Debo mencionar como nota curiosa que dentro de las cifras del 15% Under weight están comprendidos la mayoría de los niños y niñas con infecciones focales. Y por ende los afectados de anemia, corazón, riñones, sistema nervioso, atrasados mentales, etc.

En la cifra total de bajo peso están incluídos los de nuevos ingresos por lo general llenos de defectos físicos, mal alimentados en su hogar, etc., en su mayoría afectados de anemia nutricional y con historial de una señalada herencia de tuberculosis en la familia.

Dentro de los desnutridos figuran así mismo muchos con diferencias muy moí deradas del peso normal, alguna libra o 2 o 3 o 4. Esa diferencia no debe llamarnos la atención en modo alguno, pues es efecto del exceso de actividad y en otros de tener marcada herencia de flacura.

En relación con la tuberculosis presento los siguientes datos que revelan como la desnutrición predomina sobre aquellos de historial familiar tuberculosos. Niños con Tuberculosis en la familia 44. De ello: 23 U. W. Niñas con tuberculosis en la familia 119. De ellas 97 Under weight; 32 con menos del 15% U. W. y susceptible a catarros. Todos esos niños han sido sometidos a las investigaciones de los Rayos X estando libre de la enfermedad. En la mayoría son nuevos ingresos.

La referida investigación ustedes convendrán conmigo constituye un reclamo efectivo para los Preventorios como un medio poderoso de combatir la Tuberculosis. Y justifica la brillante campaña llevada a cabo recientemente en pro de los niños pre-tuberculosos de la isla.

Sobre Sífilis:

Niños con Wasserman positivo 31; (tratamiento: 18.)

Niñas con Wasserman positivo 14 trat.

En relación con este tópico he notado especialmente en el Asilo de Niñas el hecho de que niñas a quien se le había practicado Wasserman de resultados positivos en años anteriores, han tenido en esta ocasión efecto negativo. Las referidas niñas presentan un exceso de peso sorprendente y un estado físico general excelente lo cual me ha guiado a hacer las siguientes deducciones: O hay error en la información pasada, o los Wassermans a pesar de ser positivos no acusaban sífilis, o la nutrición excelente de las niñas ha sido una barrera formidable a los progresos de la infección atenuándolas de un modo sorprendente. (Niñas 7). Nstedes juzgarán.

Afecciones de la piel (no sifilíticas) Niños 66 y niñas 29. En los primeros predomina la sarna, eczema, dermatomicosis, ectima, dermatitis interdigital. En las segundas el paño y ectima. Todo cede fácilmente con excepción del eczema que se muestra siempre rebelde. Ultimamente he probado el teosulfito de sodio con bastante buenos resultados, pero persiste especialente el de la cabeza y en el invierno.

Linfangitis—Niños 5—Niñas 3. (4 con filaria).

Las niñas afectadas de linfangitis nunca se les ha encontrado la microfilaria. Lo mismo podemos decir de los niños. Entre los positivos de filaria o sean 4 niñas en ningún momento han sido afectadas de linfangitis de lo que podría deducirse si el número fuera mayor que las linfangitis no son esencialmente filáricas.

Defectos de visión: niños 26; niñas 23.

Defectos de audición: niños 2; niñas 3.

Conjuntivitis granulosa: niños 26; niñas 3.

Estos defectos suelen intensificar los resultados funestos de las infecciones focales cuando coinciden. Es decir la desnutrición de los niños en que a las infecciones focales se unen estos defectos, suele ser poco más alterado o más grave. La conjuntivitis granulosa que algunos llaman tracoma, resulta ser muy contagiosa y debe eliminarse a tiempo porque en Puerto Rico prevalece de modo alarmante.

Parásitos intestinales: Niños 207; niñas 192. Predominan en los niños igualmente el tricocéfalo que la uncinaria y ascárides. 2 casos de Bilhazia procedentes de Añasco y Carolina. En las niñas los tricocéfalos llevan la supremacía; además 5 casos de Bilhazia procedentes de Barranquitas 3; Jayuya 1; Mayaguez 1.

Niños 10, 7 "Under weight" 15%; defectos visión, 4; defecto audición, 2; sífilis, 3; Parásitos intestinales, 1; taquicardia, 1; malaria crónica 1; Infecciones focales 8.

Niñas: 5; Sífilis 2; infeccioes focales las 5; con historia familiar de tuberculosis las 5. Parásitos intestinales 3; con desnutrición las 5.

Extirpar, pues, los focos de infección, la malaria, la sífilis, los parásitos intestinales y ofrecer una dieta abundante y bien balanceada, equivale a barrer con las anemias de nuestros niños de acuerdo con la investigación arriba expuesta.

El tratamiento preventivo de las enfermedades debe ser nuestro supremo ideal si deseamos exaltar una raza vigorosa que sea fuente inagotable de acciones sólidas, decentes y fructíferas. Constantemente debemos preguntarnos según afirma George Newman, Jefe Médico del ministerio de Salud Pública de la Gran Bretaña. ¿Cómo habrán de retener los hombres saludables su salud física y mental y aumentar en donaire, inteligencia y capacidad? ¿Cómo habrán de nutrirse y criarse los niños para haces de ellos adultos saludables y productivos? ¿Cuáles son los mejores métodos de curar a los enfermos e impedir las enfermedades y de frustrar aquellas fuerzas que van minando la salud de una raza. Y contesta: Hay que desarrollar un sistema nacional de servicios médicos preventivos fundado sobre cuatro principios físicos particulares: 1. Todos los datos disponibles deben indagarse y registrarse con exactitud. 2. Deben establecerse normas basadas en la salud y no en las enfermedades. 3. Deben hacerse más trabajos de investigación científica acerca de la naturaleza de las enfermedades, de su modo de desarrollo, de las condiciones sociales que las aumenta o que las disminuye, de su mejor tratamiento o de su prevención. 4. Debe hacerse una organización nacional de la corriente progresiva de la aplicación científica de la medicina a la salud y el bienestar de la comunidad.

Tema desarrollado por el Dr. Francisco R. de Goenaga, ante la Asamblea de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Estimados colegas:

El sistema vigente del derecho penal, coloca a los peritos médicos en situaciones desairadas y difíciles. Frecuentemente presenciamos el indecoroso espectáculo de peritos de la acusación y peritos de la defensa, o sea doctos y técnicos transformados en abogados, sosteniendo las tesis más opuestas y contradictorias, derivándose de tal controversia la fatal consecuencia de que jurados, magistrados, y el público en general, terminan por no dar crédito a la ciencia porque de las opiniones opuestas, de facultativos competentes, surge necesariamente la paradoja de que los incompetentes tengan que juzgar y decidir quien tien razón o no.

No tndríamos que lamentar tan funesta situación si las leyes, olvidando añejas metafísicas, se adaptasen a los postulados de la ciencia positivista imponiendo nuevas normas legales de acuerdo con las modernas investigaciones de los laboratorios científicos que, para gloria de nuestra ciencia médica, constituyen el verbo innovador de la vida social.

De manera que una de las principales reformas pedidas por la nueva escuela es la institución de colegios peritales, o sean compuesto por peritos antropólogos y psicólogos quienes, después del estudio del acusado y después que el magistrado ha comprobado su imputabilidad física es decir, ha puesto en claro que él es el autor de determinado delito, tengan los peritos que dictaminar sobre su categoría y su carácter moral; si es un delincuente nato o de ocasión habitual o pasional, o loco; en que forma es peligroso para la sociedad y hasta que punto puede modificarse o mejorarse. Y ciertamente este sistema dará a los peritos su verdadero carácter, y no tendremos que lamentar tantos inconvenientes que en la actualidad deploramos en las salas de justicia y que desacreditan la augusta misión de dichos peritos.

De acuerdo con lo anunciado en el programa, traigo para presentar a esta magna Asamblea varios casos prácticos que justifican lo que dejo expuesto, pero en obsequio a que ya es tarde para reanudar el trabajo, leeré uno solo, el cual confieso ingenuamente que me produjo insomnio, porque a pesar de que, por cruel destino, estamos obligados a expedir pasaportes para el mundo de lo desconocido, no me era posible dormir tranquilo al pensar que la vida de un sentenciado a muerte dependía de mis pobres conocimientos en la esfera psiquátrica. Refiérese este caso a Domingo Canales (alias) La Boa, recluído actualmente en el presidio.

Todos tenemos presente la hórrida época de "Clemente y Arocho" y de Domingo Canales, los tres fueron sentenciados a la pena de muerte. Si fué intensa la conmoción pública, producida por las sensacionales circunstancias en que fueron perpetrados los crímenes, mayor fué el clamor de toda la isla en gestiones de indultos. Asediado el Hon Gobernador Towner, magnánimo siempre, revisó los procesos; causóle sorpresa el observar que en ellos, no obstante la gravedad de los delitos, no había intervenido la ciencia médica, y quiso cono-

cer mi opinión sobre el estado mental de los sentenciados.

Nada excusable encontré en "Clemente y Arocho"; pero en relación a Domingo Canales opiné del modo siguiente:

Junio 5, 1927.

A Su Excelencia,
El Gobernador de Puerto Rico,
San Juan, P. R.
Señor:

Considero un honor la confianza depositada por V. H. en mí para, como perito en perturbaciones o desequilibrios mentales, examinar a Domingo Canales, y después de estudiar el proceso judicial de que ha sido objeto, culminando en la calificación de asesinato en primer grado con sentencia de muerte, formular científica opinión de la condición del procesado.

Compenetrado de la elevada importancia de este caso, estoy obligado a ser, en todo lo posible, compendioso y claro en la exposición de mis juicios.

Prescindiré de las facciones que constituyen la fisonomía de Domingo Canales porque no se observa en ella nada anormal, exceptuando ligeras reliquias de modalidad cicatricial, sin importancia alguna positiva, y que consigno tan sólo a título de escrupulosidad informativa. Haciendo extensivo mi examen a su hábito exterior general, encontré como deformidad o estigma físico, atrofia del dedo meñique de la mano derecha. No existe trastorno de la motilidad ni de la sensibilidad, ni pertubaciones del lenguaje hablado.

Su aspecto pesonal es más bien humilde que no altivo. Su instrucción escasa, apenas sabe leer y escribir. Su madre que según noticias fué de ejemplar conducta, murió tetánica cuando Domingo Canales contaba 3 años de edad, quedando así el infortunado niño sometido a un ambiente de sociedad ruda, donde su educación tuvo que ser muy deficiente. Sus facultades psicológicas se desarrollan necesariamente en armonía con su instrucción y educación.

La premura del tiempo, a la par que la cautela que es preciso guardar en casos como el que analizo, me ha impedido investigar a sus antepasados, y por tal deficiencia carezco de datos que permitan establecer la potencialidad de su tara mental hereditaria La historia clínica de Domingo Canales, durante su época de prisión, en la cual es reglamentario practicar varios análisis, acusó, en exámenes verificados por los laboratorios del Departamento de Sanidad Insular, que su organismo está minado por la sífilis y por la uncinariasis, enfermedades que intervienen a menudo en la patogenia de algunas psicopatías, por causa de toxinas convulsivantes

La atención, percepción y asociación de ideas están actualmente normales en Domingo Canales. El forma juicios lógicos y por ende raciocinios. En donde se realizan esas dos operaciones fundamentales de la lógica existe la deliberación que, sin duda alguna, entraña la responsabilidad de los actos humanos.

Todo lo expuesto es relativo a la persona de Domingo Canales.

Pasemos ahora al proceso judicial.

Sin sorpresa alguna he notado la ausencia de intervención facultativa, no obstante de la existencia de las enfermedades y demás circunstancias de que hemos hecho mérito. Y digo que no experimento sorpresa alguna, por tal efecto, porque conozco los estrechos límites en que gira o se desenvuelve actualmente el

Departamento Penal con relación a los preceptos de la Psiquiatria. Nuestro código señala el procedimiento a seguir para casos de locura en los artículos 439 y siguientes. Por tal motivo los abogados no recurren al auxilio pericial sino en los casos de convicción o de clara sospecha de alienación mental. A pesar de ser inumerables los estados incompletos de cordura y de locura a la vez, nuestras leyes no aceptan esos estados intermedios. Las atenuantes y eximentes no están basadas en el orden científico de la escuela positivista. Aún perduran los errores de la metafísica. Se clasifican los delitos y se prescinde del delincuente.

Del mismo modo que la medicina antigua era una ciencia esencialmente nosológica, dedicada al descubrimiento y estudio de las enfermedades prescindiendo del enfermo, buscando la causa morbosa y considerando la enfermedad en abstracto, sin dar importancia al temperamento y demás circunstancias o condiciones individuales, imprimiendo así a la enfermedad carácter invariable cualquiera que fuese la naturaleza e idiosincrasia del paciente, de la misma manera, el Derecho Penal ha estudiado los delitos cual si fuesen entes abstractos, prescindiendo del delincuente, y como si el robo, la estafa, la violación, el homicidio y el asesinato fuesen entes abstractos, establece, bajo tal absurdo, una pena para cada delito como en la antigüedad se aplicaba un específico para cada enfermedad.

Queda pues, justificada la ausencia de peritos en el proceso de Domingo Canales.

Continuando el estudio del proceso criminal, seguido a Domingo Canales, encuentro varias circunstancias predominantes en la fecha del crimen.

Pedro Figueroa, el víctima de Domingo Canales, había sido su maestro y es natural deducir que entre ambos se engendrase leal afecto; pero el maestro careció de la perspicacia necesaria para comprender que, habiendo sido el discípulo un buen trabajador durante doce años consecutivos, debía existir alguna causa extraña para que su labor resultara después deficiente; y se erguía enfadado contra él, y le reprendía, en varias ocasiones, hasta que llegó el fatal momento en que lo dejó cesante.

Ignoraba Pedro Figueroa que Domingo Canales estaba enfermo sufriendo consecuencias de la anemia, bajo la influencia de la uncinariasis que es causa también de las excitaciones nerviosas. Fué Pedro Figueroa, muy severo, demasiado brusco y duro en el castigo, sin pensar que hasta la sana razón del cuerdo, clara y serena siempre, pierde parte de su brillo cuando la ofusca el agravio reciente, la injuria mortificante o una pasión cualquiera no refrenada con el imperio de la educación. Al mismo tiempo el estado patológico de Domingo Canales no le permitía aquilatar la pobreza de su propio trabajo, y lejos de comprender que el maestro tenía razón para no estar satisfecho con el producto de su labor, él interpretaba las reconvenciones en sentido dañino estimulando y acumulando, con tal preocupación, intensas emociones de rencores que actúan siempre como malos consejeros.

Más aún, es muy notable que el acto criminal no tuvo su origen en la insensatez de los vicios, ni en el oprobio del robo, estafa o violación. En realidad la causa estribó en el persistente deseo de Domingo Canales anhelando continuar su habitual trabajo en las mismas con-

diciones que lo había practicado, con toda eficacia, durante dos lustros y medio. No es aventurado, porque pertenece a la esfera científica, deducir que se engendró en Domingo Canales una intensa obsesión, verdadera fobia, determinante de impulsos que, obedeciendo a excitaciones nerviosas, adoptó la forma de ensañamiento sin respetar a nada ni a nadie. ¿Qué otra cosa significa o puede explicar la actitud de Domingo Canales observada para con la policía que, en lucha tenaz, se vió obligada a disparar contra él?

Debo también hacer constar que el criminal procura evitar la vista de testigos; busca la soledad, y Domingo Canales, fuese o no provocado por Pedro Figueroa, lo cierto es que no se ocultó para el ataque; el actuó delante de los demás empleados.

Reasumiendo concluyo y condenso mis juicios en las siguientes proposiciones sintéticas:

1º—Domingo Canales, según mi leal saber y entender es responsable del crimen que se le imputa

2º—Domingo Canales ha tiempo viene sufriendo enfermedades, que por sus naturales efectos, no sólo han minado su organismo sino que también han perturbado su psiquismo.

3º—Domingo Canales al perpetrar el crimen no fué dueño de sí mismo, de razón clara, ni de perfecta conciencia. No es él un ejemplar perfecto, prototipo o modelo de asesino.

Muy respetuosamente,

Dr. Francisco R. de Goenaga.

Director del Manicomio Insular.

NOTA:

Permítame Hon. Gobernador, aprovechar esta ocasión para consignar una vez más la imperiosa necesidad de fomentar la creación de una Instituto Psicopatológico.

VALE

Voy a concluir, queridos compañeros, depositando en ustedes el bill No...... de la El tuvo su origen en el Salón de Actos del Ateneo Puertorriqueño, el 25 de noviembre de 1925, en reunión celebrada bajo el auspicio del ilustre Dr. George C. Butte, Procurador General por aquella fecha. La Comisión integrada por el Hon. Carlos Llauger Díaz, actualmente Juez de la Corte de Distrito, quien dió forma al proyecto de la Ley, el doctor E. Fernández García, Presidente de la Asociación Médica, y el que habla, Director del Manicomio Insular, cumplió sus deberes.

A la Cámara Legislativa corresponde la aprobación y a esta Asamblea, si lo considera oportuno, prestarle su valiosa cooperación.

No se me oculta la dificultad para realizar tan benéfica obra; pero debemos pensar que ella proporcionará facilidades a la administración de justicia, a la par que ahorro de tiempo y de dinero en los trámites a seguir con sujeción a las regulaciones vigentes. Además nuestro norte debe ser, conseguir que la Ciencia médica sirva de estrella polar en el caos de la criminalidad y de la locura, productos de enfermedades y degeneraciones.

L E Y

Para crear una clínica psicopatológica y para derogar los artículos 440, 441, 442, 443, y 444 del Código de Enjuiciamento Criminal de Puerto Rico, cualquier ley que a ésta se oponga, y para otros fines.

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Artículo 1.—Por la presente se crea una clínica psicopatológica que se conocerá con el nombre de "Instituto Psicopatológico de los Tribunales de Justicia de Puerto Rico," y funcionará como un negociado del Departamento de Justicia.

Artículo 2.—

Artículo 3.—El Director y Sub-Director del Instituto Psicopatológico que por la presente se crea, serán médicos legalmente autorizadas para el ejercicio profesional en esta isla y además de ser especializados en estudios psicopatológicos será condición indispensable, para ser nombrado Director de dicho Instituto Psicopatológico, que el candidato compruebe tener la experiencia suficiente obtenida por la práctica en Instituciones dedicadas a la asistencia de enfermos mentales.

Artículo 4.—El Instituto Psicopatológico que por la presente se crea, investigará las causas de la criminalidad en Puerto Rico y especialmente los factores que determinan el estado psicopatológico.

Artículo 5.—Los tribunales de distrito y los municipales deberán ordenar que se sometan al examen, observación y tratamiento de los especialistas del Instituto que por la presente se crea, aquellas personas acusadas de algún delito cuya causa criminal se encuentre pendiente ante ellos, siempre que dichos tribunales, después de oir al Fiscal y al abogado del acusado, estimen que hay motivo para dudar de su cordura al tiempo de realizar los actos constituyen del delito que se le imputa, en cualquier momento durante el juicio, o al comparecer para oir la sentencia basada en la convicción de su culpabilidad, y será deber de los médicos del referido Instituto, examinarlo, observarlo y tratarlo durante el tiempo que consideren necesario para poder emitir opinión o dictamen sobre el caso.

Artículo 6.—El Director del Instituto, una vez hecho el diagnóstico correspondiente, informará por escrito al Tribunal que corresponda, sobre el estado mental del acusado.

Artículo 7.—Si del informe anterior resulta el acusado en estado de cordura, se continuará el proceso en la forma ordinaria; pero si resultare lo contrario, es decir: que el acusado padece alguna enfermedad mental de las clasificadas en Psiquiatria, la Corte dictará una orden disponiendo su ingreso en el Manicomio Insular para ser convenientemente asistido, y dado el caso favorable de curación del procesado, el Director del Manicomio lo pondrá en conocimiento del tribunal que actuó en la causa, el cual ordenará que sea reingresado al Instituto Psicopatológico que por la presente se crea, para que, por los médicos de tal Instituto, sea nuevamente observado, examinado y cuidado, por tiempo prudencial, o sea, el necesario para proceder al dictamen final sobre el caso, expresando en dicho dictamen si dada la forma de locura que sufrió el acusado, y teniendo en consideración el tiempo transcurrido desde la iniciación del proceso patológico mental hasta obtener su curación, puede científicamente asegurarse o no que el acto delictuoso fué cometido durante el acceso de locura; en caso afirmativo el procesado estará libre de responsabilidad, y en caso negativo, la Corte dictará una orden para que el Marshal proceda a arrestar al acusado y a conducirlo inmediatamente a la cárcel, donde permanecerá hasta que hubiere prestado la correspondiente fianza o hasta que se proceda a la substanciación del juicio

correspondiente para obtener sentencia.

Artículo 8.—Dado el caso de que del estudio del acusado durante su permanencia del Instituto Psicopatológico que por la presente se crea, no resulte afectado de una enfermedad de las comprendidas y clasificadas en la Psiquiatria, pero sí sea comprobada alguna anormalidad de carácter patológico, el Director del Instituto expresará en su informe la relación que, a su juicio, exista entre tal anormalidad y la comisión de los hechos delictivos que se imputen al acusado y los tribunales de justicia actuarán de acuerdo con las leyes vigentes ordenando la continuidad del procesado en el Instituto Psicopatológico en donde será tratado por los médicos psicólogos del establecimiento o trasladado a otra Institución de índole reformatoria, en donde permanecerá observado, examinado y cuidado hasta la desaparición de su anormalidad, exceptuando los casos en que familiares, amigos o sociedades de responsabilidad, a juicio de la Corte, garanticen ante ellas al anormal delincuente de los daños y perjuicios que de él pueda recibir cualquier persona o la sociedad.

Artículo 9.—Si durante la permanencia del procesado en el Manicomio a que hace referencia el Art. 7, el Director de esta Institución obtiene el convencimiento de que se trata de un criminal loco peligroso e incurable, lo notificará al tribunal que dictó su aislamiento en dicho Manicomio, con objeto de que sea referido el caso al Director del Instituto Psicopatológico que por la presente se crea, con el fin de que si existe mutuo acuerdo de opiniones entre ellos, emitir un dictamen mancomunado con el fin de obtener que el tribunal ordene la reclusión permanente del alienado en sitio, local, apartado, o departamento del Presidio, en donde se le pueda prestar toda clase de auxilio con el predominio de seguridad para evitar evasiones.

Artículo 10.—La traslación del acusado, referida en el Artículo anterior, desde el Manicomio a sitio adecuado, deberá ordenarse con toda urgencia considerando que esa clase de enfermos, no solamente es incompatible, sino también perjudicial con la buena asistencia necesaria y exigida para obtener éxito satisfactorio en los Manicomios científicamente reglamentados.

Artículo 11.—En julio de cada año el director del Instituto Psicopatológico que por la presente se crea, enviará al Procurador General y a la Asamblea Legislativa de Puerto Rico, un informe contentivo de los trabajos llevados a efecto en dicho instituto, y de las recomendaciones que dicho director estimare conveniente hacer.

Artículo 12.—

Artículo 13.—Para erigir, en el sitio ya elegido por el Gobierno Insular, el Instituto Psicopatológico que por la presente se crea, el Departamento del Interior, preparará los planos del edificio con adaptación a las reglas técnicas de la clínica psicopatológica, con capacidad eficiente para ambos sexos, deducida o calculada con arreglo a los datos estadísticos insulares de la clínica psiquiátrica y de la clínica criminalógica que, con su origen mancomunado en la degeneración, constituyen en conjunto la clínica psicopatológica.

Artículo 14.—Para el Instituto Psicopatológico que por la presente se crea, las Cámaras Legislativas dispondrán de los fondos necesarios para su creación, equipo y sostenimiento, así como tam-

bién designará los sueldos de sus empleados los cuales serán designados en número proporcional a los servicios de la clínica psicopatológica, bajo todos sus aspectos, inclusive los colegios reformatorios.

Artículo 15.—Los artículos 440, 441, 442, 443, y 444 del "Código de Enjuiciamiento Criminal de Puerto Rico" quedan por la presente derogados.

Artículo 16.—Esta ley empezará a regir inmediatamente después de cumplidos los requisitos expresados en los artículos 13 y 14.

Consideraciones en el tratamiento de la Flebitis por el uso intravenoso de la Violeta de Genciana. (*)

DR. ANTONIO VILLENEUVE

Hace algunos meses fuí llamado para tratar a la pacienta señora de V. D., la cual, según el esposo, hacía mes y medio se encontraba padeciendo de flegmasia alba dolens.

Al verla, confirmé el diagnóstico que habían hecho varios compañeros y la paciente estaba en el período álgido de infección, esto es "in extremis", a pesar de haberse instituído el tratamiento corriente.

La temperatura variaba de 39, 40, 41° C. El edema de las piernas, el dolor, el endurecimiento de las safenas, algo roja la piel, mostraba un caso grave de flebitis post-parto.

Ante tal estado me decidí a usar la inyección intravenosa de Genciana, teniendo por resultado lo siguiente:

1—La temperatura fué descendiendo a normal al segundo día.

2—El dolor fué cediendo a las pocas horas y desapareció al tercer día.

3—La hinchazón en las piernas y brazos desapareció a los quince días.

4—No hubo reacción durante las tres inyecciones de Genciana.

5—El tiempo que duró esta flebitis bajo este tratamiento, fué de 25 días en que dí de alta a dicha pacienta.

Según la Clínica del Dr. Stanley Brown del 5 Ave. Hospital New York, el Dr. J. W. Churchman, Journal of Urology, Jan. 1924, empezó a estudiar los efectos que hacía la violeta genciana en los diferentes organismos patológicos y tejidos. Encontré que la violeta de genciana tiene acción positiva o negativa comparable con el Gram; pero esta acción positiva o negativa se refiere a controlar la multiplicación de bacterias, más bien que al poder de teñirlas. Sin embargo, es de interés notar, que organismos que son Gram positivo son también Genciana positivo, y ésto es un particular con el Staphylococcus, y se cree, que el tinte actúa como bacteriostasis, más bien que como acción destructora de bacteria.

Churchman J. W., Jour. Am. Medi. Ass. 1921-1924, encontró que la solución intravenosa de genciana, desaparece de la corriente sanguínea en una o dos horas y entonces es absorbida por por ciertos órganos del cuerpo, y tiñe el citoplasm y el núcleo de sus células; pero no impide el funcionamiento de dicha célula En otras palabras, "no es tóxico a los tejidos". Así también Churchman

(*) Leído en la Asamblea general.—Diciembre 1929.

ha llevado sus investigaciones con el bacilo Coli.

Burke y Newton, Jour Am. Med. Ass. 1926 recomienda la solución siguiente:—

Disolver el tinte en una solución estéril al 3% de Bicarbonato de sodio.

La dosis usual es de 5 mg. por Kilo de peso en una solución del 1 ó 50%.

Davis R. C. Journ. Med. Sci. 1923, ha usado la solución de genciana en casos de empiema seguida de la aspiración del pus. Usa una solución al 1 por mil, e inyecta la mitad de cantidad de pus que saConner H. M. Med. Journal & Record. 1927 de Rochester Min., suele tratar la anemia perniciosa, bajo la teoría de que es causada por una infección gastro intestinal, con la inyección intravenosa.

Otros casos en que la violeta de genciana está indicada, es en heridas infectadas y articulaciones: forúnculos, afecciones de la nariz, garganta, laringe, faringe, aun cuando el organismo sea streptococcus, en mastoiditis, sinositis, endocarditis, y sobre todo en los casos de septicemia.

NUEVOS INGRESOS A LAS CUENTAS DEL EDIFICIO MEDICO

Jun.	2, 1930	Dr. O. Costa Mandry	$25.00
”	5, ”	Dr. I. G. Martínez .	25.00
”	5, ”	Dr. M. J. Viduya .	5.00
”	7, ”	Dr. M. Pavía Fdez.	15.00
”	7, ”	Dr. García Estrada.	20.00
”	7, ”	Dr. Justo L. Muñoz	10.00
”	7, ”	Dr. T.Alfaro Díaz .	10.00
”	8, ”	Dr. L. J. Fernández	25.00
”	8, ”	Dr. A. Navas Torres	25.00
”	8, ”	Dr. L. Clavell . .	20.00
”	10, ”	Dr. Julio E. Colón.	25.00
”	11, ”	Dr. H. Caso . . .	50.00
”	13, ”	Dr. M. Guzmán Jr.	25.00
”	13, ”	Dr. J. Nadal Grau.	10.00
”	20, ”	Dr. V. Font Suárez	10.00
”	21, ”	Dr. Rafael Bernabe	25.00
”	25, ”	Dr. P. G. Igaravidez	10.00
”	26, ”	Dr. José Aubray .	50.00
Jul.	1, 1930	Dr. Jorge del Toro.	10.00
”	2, ”	Dr. A. Mayoral .	20.00
”	3, ”	Dr. M. G Estrada .	20.00.
”	3, ”	Dr. J. Camacho. .	10.00
”	6, ”	Dr. J. Nadal Grau.	10.00
”	7, ”	Dr. O. Costa Mandry	25.00
”	7, ”	Dr. V. Font Suárez	10.00
”	8, ”	Dr. A. Navas Torres	.25.00
”	10, ”	Dr. M. R. Benítez .	20.00
”	12, ”	Dr. Justo L. Muñoz	10.00
”	14, ”	Dr. I. G. Martínez .	25.00
”	15, ”	Dr. José S. Belaval.	25.00
”	15, ”	Dr. Jorge del Toro.	10.00
”	29, ”	Dr. A. Silva Navarro	15.00

Las Bases Biológicas del Tratamiento del Cáncer

Por el DR. I. GONZALEZ MARTINEZ

Antes de abordar el problema de las bases biológicas del tratamiento del *cáncer*, es necesario que precisemos el concepto moderno de este azote de la humanidad.

Bajo la denominación de *cáncer* se comprendían hasta hace tres cuartos de siglo, además de los tumores realmente malignos, muchas neoplasias infecciosas de origen microbiano o parasitario que, como los sifilomas, los tuberculomas y la actinomicosis, nada tienen que ver con el *cáncer*.

El advenimiento de los procederes de investigación microscópica, al introducir un elemento de estudio directo, fué causa de que los anatomo-patólogos, empeñados en esclarecer la naturaleza y ordenación taxonómica correcta de los neoplasmas, desmembraran lentamente ese extenso grupo de los cánceres hasta caer en la exageración opuesta; y así vemos que durante las últimas décadas del pasado siglo muchos autores limitaron el nombre de *cáncer* o las neoplasias malignas epiteliales y entre ellas específicamente al *carcinoma*.

Pero los médicos y cirujanos prácticos no abandonaron la costumbre secular de *ver un cáncer en todo tumor maligno* cualquiera que fuese su variedad histológica. La evolución de las ideas no tardó para convertir la costumbre en ley; cuando los primeros lustros del siglo XX vieron surgir las asociaciones para combatir el cáncer y presenciaron la creación de Institutos para su estudio, el vocablo ridiculizado por los hombres de Laboratorio vuelve a tomar su significación primitiva, abarcando en el grupo todos los tumores malignos, lo mismo epiteliales que de origen vásculo-conjuntivo.

Es así en tal sentido, que nosotros vamos a hablar del *cáncer*.

No constituye, por tanto, una entidad nosológica simple, sino un proceso común a muchas enfermedades neoplásicas. Mas todavía, *el cáncer no es una dolencia primaria*. Nunca aparecerá en tejidos completamente normales. Es, por el contrario, un proceso secundario a trastornos irritativos locales, o a heterotopias congénitas o disembroplasias del desarrollo.

Si bien es cierto que la herencia juega interesante papel en su etiología, no es mas que a título de causa predisponente, como lo son también la sífilis, la tuberculosis y otras enfermedades de marcha crónica. Pero la causa determinante necesaria y eficaz es múltiple y local.

Las causas locales no son específicas, sino, por el contrario, banales. Y esta banalidad impediría tomarlas en consideración, si no fuese porque la observación clínica y la experiencia han demostrado su eficacia. En efecto: el cáncer de los radiólogos, el cáncer experimental de Yamagiwa e Itchikawa, el cáncer espiropteriano de Fibiger son neoplasias malignas de origen netamente local e irritativo.

Muchas teorías se han formulado para explicar la etiología y patogenia del *cáncer*. Podemos incluirlas en dos grupos: teorías parasitarias; teorías celulares. Echemos a un lado las parasitarias por su escaso fundamento. Entre las celulares *nos afiliamos a la teoría irritativa y de la selección celular patológica de Menetrier*. Ella explica la génesis y evo-

lución del cáncer sencillamente, por hechos de observación clínica y microscópica, por experiencias de laboratorio frecuentemente repetidas y confirmadas, sin necesidad de apelar a la intervención de fuerzas misteriosas, como en la teoría de los gérmenes embrionarios de Cohnheim.

Las causas locales del *cáncer* son, como hemos dicho, múltiples, no específicas e irritativas. Constituyen varios grupos según sean de orden mecánico, físico, químico o de acción compleja. Entre las mecánicas, Menetrier incluye los traumatismos bruscos y pasajeros, causa frecuente de sarcomas, sobre todo osteosarcomas; los frotamientos repetidos con cuerpos duros e irregulares, como piezas dentarias careadas, causa frecuente de epiteliomas de la boca. Entre los agentes físicos mencionaremos el calor y los rayos X, estos últimos origen del cancer de los radiólogos. Entre los agentes químicos el arsénico y la brea, responsables respectivamente del cáncer arsenical de Hutchinson, en el arsenicismo crónico, y del cáncer experimental de Yamagirwa. Las causas que denominamos complejas abarcan ciertas irritaciones crónicas de la piel y de las mucosas, los procesos inflamatorios, ulceraciones y supuraciones crónicas, las cicatrices, la suciedad perstinaz de los tegumentos, etc., etc., y como muy importantes, las ectopias de órganos y tejidos, las heterotopias congénitas o adquiridas y las malformaciones del desarollo.

No hay tiempo para entretenernos en el estudio del mecanismo de acción de cada una de estas causas, pero debemos apuntar que todas ellas obran por estímulos morbosos repetidos y prolongados sobre el territorio celular en que ha de evolucionar el neoplasma. Unas veces el estímulo emana de irritaciones directas, como ocurre con las inflamaciones crónicas y las irritaciones físicas, químicas y mecánicas, mientras que otras veces deriva de las perturbaciones funcionales y nutritivas que obligatoriamente sufren las héterotopias celulares, los órganos en ectopia y las malformaciones del desarrollo embrionario.

El estímulo irritativo obra incitando la proliferación celular, que es causa de hiperplasias o metaplasias inflamatorias banales; muchos de los elementos proliferados perecen en la contienda, otros triunfan y se adaptan a las condiciones anormales de existencia que los rodean. La continuación del estímulo sobre esos elementos nuevos provoca una reducción del tipo celular y la pérdida de las apariencias de diferenciación funcional, caracteres morbosos que en generaciones sucesivas se acentúan hasta que surge una raza de células autónomas seudoembrionarias, dotada de poder vegetativo enérgico y avasallador. *Es la célula cancerosa,* producto de la selección patológica. *Esta célula se caracteriza por sus propiedades destructoras, invasoras e infectantes.* Son atributos que no poséen las demás neoformaciones.

Según Menetrier, "el *cáncer* no es una enfermedad sino un proceso morboso, que clínicamente se manifiesta por tumor local, aparente u oculto, según el órgano en que evolucione, y que progresivamente invade y envenena el organismo entero.

"Es un proceso de auto-infección por células del organismo; células proliferadas, invasoras y destructoras de los elementos normales con quienes entra en conflicto.

"Todas las células del organismo son capaces de desarrollar eventualmente esta actividad patógena, exactamente en la medida de su capacidad para la prolife-

ración y la hiperplasia regeneradoras irritadoras y compensadoras; funciones celulares normales de las que el proceso canceroso representa una desviación patológica."

El *cáncer es,* pues, originariamente, *una afección local* que se extiende y crece en virtud de la independencia proliferadora de sus células, insubordinadas contra las leyes que gobiernan el equilibrio regenerador del ser.

En su evolución hemos de reconocerle tres etapas; una local, otra regional y la de generalización. Su conocimiento profundo es absolutamente necesario para guiar la conducta terapéutica en cada caso.

En la etapa local todos los cánceres son teóricamente curables, y así sucede, en efecto, con los externos, pero no con los internos, por dificultades diagnósticas, la mayor parte de las veces insuperables. En dicha etapa el tumor se encuentra limitado a la lesión primitiva; pero en su crecimiento cuotidiano las nuevas generaciones de células neoplásicas invaden una a una el territorio vecino, insinuándose y separando los elementos normales, a veces siguiendo trayectorias lineares cuyos límites la Clínica no puede determinar. Por eso, la recomendación de extirpar o destruir no sólo el tejido aparentemente canceroso sino buena parte del tejido sano, por fuera de los límites del tumor.

Además del crecimiento directo por extensión individual de las células, el *cáncer* se propaga invadiendo los capilares sanguíneos y linfáticos de la región. En uno u otro caso los elementos malignos implantados en las paredes del vaso pueden penetrar su luz y, entonces, adheridos a la túnica interna, dar lugar a formaciones endovasculares locales o, permaneciendo libres, dejarse arrastrar por la corriente para engendrar metástasis a distancia.

Por lo que concierne al terapeuta, es más importante el conocimiento del mecanismo de propagación por vía linfática que el de la vía sanguínea. En efecto, el diagnóstico clínico de la propagación linfática sirve para caracterizar las fases evolutivas del *cáncer,* sobre todo de las dos primeras, que son las accesibles a la Cirujía.

De ordinario la invasión maligna de los vasos linfáticos es un fenómeno de marcha lenta; desde las radículas a los troncos inmediatos y de estos al ganglio de la región, las células neoformadas progresan elaborando en su lumen granulaciones sucesivas que transforman los vasos en cordones moniliformes característicos de la linfangitis cancerosa.

En la etapa local esta invasión no va mas allá de las radículas y troncos adyacentes a la lesión visible, mientras que en la etapa regional se extiende al ganglio más próximo al territorio, pero siempre en zonas precisas para cada localización.

He ahí el motivo fundamental por el cual toda decisión quirúrgica sobre el *cáncer* debe de basarse en un conocimiento profundo de la distribución topográfica de los linfáticos de la región, tanto mas cuanto que la etapa regional marca el límite de la operabilidad. Por otra parte, debido a que la célula cancerosa es susceptible de ingerto en el campo operatorio durante el acto quirúrgico, la exéresis ha de practicarse, en tal etapa, resecando en masa el neoplasma y sus dependencias linfáticas sin poner a descubierto el tejido maligno ni lastimar sus comunicaciones con el ganglio de la región.

La Cirujía del Cáncer, como dice Re-

gaud, *es una cirujía muy especial.* Cualquier falta que se cometa es de consecuencias desastrosas e irreparables para el enfermo. No basta ser un buen Cirujano para operar bien un cáncer.

En la tercera etapa, período de extensas metástasis y de generalización, la Cirujía, salvo raras excepciones, no desempeña papel alguno ni aún siquiera para fines paliativos. Sólo los agentes físicos encuentran entonces indicación ocasional.

La terapéutica del cáncer, si pretende eficacia, necesitará, además de las nociones etiológicas y patogénicas del caso, apoyarse en el conocimiento metódico de la estructura histológica y de la potencia proliferadora de sus elementos celulares.

Es, por tanto, *la biopsia requisito indispensable del tratamiento racional del cáncer, como base biológica fundamental.*

Ella nos informará sobre la variedad histológica del neoplasma, sobre el ritmo de la multiplicación celular, sobre su grado de malignidad, sobre sus tendencias degenerativas y sobre las reacciones defensivas del estroma, revelaciones de suprema importancia, no sólo para juzgar acerca de la curabilidad del proceso, sino que también para formular el plan de ataque mas adecuado.

Es indudable que *el estudio del estroma es una base biológica de trascendencia* en las interpretaciones diagnósticas y en las decisiones terapéuticas. Si descubre que la reacción linfoide local es intensa, que la reacción inflamatoria se marca en profundidad, que los plasmocitos y eosinófilos abundan y que los vasos nutricios se encuentran en buen estado, entonces el pronóstico es favorable a la radioterapia. Mas si, por el contrario, hay edema, supuración o necrosis y si los vasos son víctimas de degeneración fibrinoide, entonces la radioterapia es inútil y perjudicial.

En el estado actual de nuestros conocimientos resulta anticientífico prescindir de estas informaciones para aventurarse a ciegas en la empresa de tratar radicalmente un neoplasma tachado de maligno por meras suposiciones clínicas; puesto que nadie ignora la existencia de tumores de crecimiento rápido, cuyo origen es puramente inflamatorio y que nada tienen que ver con las enfermedades cancerosas.

Hemos visto que la terapéutica curativa del *cáncer* depende de la concurrencia de tres condiciones fundamentales que gobiernan las indicaciones, y son: 1o. *su variedad histológica;* 2o. *su localización* y 3o. *su extensión.* De ellas la mas importante es la primera, porque suministra el mejor criterio para decidir entre actos quirúrgiúcos o radioterápicos.

Esa terapéutica curativa se desenvuelve utilizando métodos de tratamiento general y métodos de tratamiento local. Los primeros son de escaso valor y habremos de ignorarlos en nuestro trabajo. Los segundos, en cambio, han demostrado una eficacia mas o menos efectiva, según el agente empleado.

Entre esos métodos locales merecen especial mención, además de la Cirujía, la *Radioterapia,* la diatermocoagulación, la fulguración, la crioterapia y la electrolisis.

La Radioterapia es sin disputa el más importante de todos, y el único cuyas bases biológicas vamos a sentar.

Según que utilice como fuente radiógena las emanaciones del *Radium* o la ampolla de *rayos X,* se le denominará *Curieterapia* o *Roentgenterapia,* en honor de Madame Curie y de Konrad Roentgen, los descubridores respectivos de ambos agentes.

Los principios fundamentales de la *Ra-*

dioterapia han de buscarse en la respuesta que las diversas células del organismo den a dosis variables de radiación.

Las que se exponen a sus efectos, experimentan perturbaciones del equilibrio intra-atómico, que se manifiestan, unas veces, por *acciones estimuladoras o eubióticas,* otras por *acciones temporalmente nocivas* y, algunas, por *acciones destructoras o abióticas.*

Si un territorio celular cualquiera se somete a cierta dosis de irradiación uniforme, no todos los elementos que allí conviven presentan la misma reacción; mientras unos permanecen indiferentes, otros se estimulan, algunos se inhiben, varios ofrecen signos de sufrimiento temporal y cierto número sucumbe y desaparece por citolisis. Los primeros, los indiferentes, son *radioresistentes.* Los demás presentan grados crecientes de *radiosensibilidad,* en armonía con su naturaleza histológica, el momento de su existencia y la dosis recibida.

Los elementos linfoides y los epitelios germinativos del testículo y el ovario son *los más radiosensibles.* Las células musculares y nerviosas son modelos de *radio resistencia.*

No todas las células de la misma especie ofrecen, en condiciones idénticas de experimentación, la misma radiosensibilidad; esta varía con los momentos de su existencia, siendo mayor durante la división nuclear. *Cuanto mas diferenciada una célula, tanto mas radioresistente será; Cuanto mas se acerque al tipo embrionario tanto mayores es su radiosensibilidad.*

Los epitelios pavimentosos estratificados del revestimiento cutáneo son menos radiosensibles que los de las mucosas. El de las glándulas cutáneas y folículos pilosos es mas frágil todavía. En cambio, el epitelio cilíndrico del tractus intestinal y del cuerpo uterino descuellan por su radio-resistencia relativa.

Estas diferencias de radiosensibilidad no se manifiestan mas que frente a dosis moderadas. *Si la intensidad de la irradiación excede cierto límite,* entonces las diferencias desaparecen, el efecto abiótico es uniforme y *las células se igualan ante la muerte.* La radionecrosis es la expresión clínica.

La radiosensibilidad es una cualidad inherente a las células y *reside principalmente en la cromatina nuclear.*

Los elementos neoplásicos, por causa de su dediferenciación, *disfrutan de una radiosensibilidad mayor que la de los elementos normales de que proceden,* pero tanto mas acentuada cuando mas se aproximen al tipo embrionario.

La radiosensibilidad de células sometidas a sesiones repetidas y espaciadas disminuye gradualmente hasta crearse un tipo de radioresistencia superior a la del revestimiento cutáneo o del estroma conjuntivo vascular.

Las diferencias de radiosensibilidad entre las especies celulares del organismo y la exaltación de ese atributo en los elementos neoplásicos, *ha servido de base biológica a la radioterapia del Cáncer.*

La radiosensibilidad de un neoplasma debe de estimarse por comparación con la del revestimiento cutáneo, como índice pronóstico y para eliminar del tratamiento los radioresistentes.

Las nociones precedentes suministran los principios que han de guiar la conducta del radioterapeuta en el tratamiento racional del cáncer.

Vamos a condensarlos en las siguientes proporciones.

1o.—La Biopsia debe de preceder la decisión terapéutica: (a) porque permite

valorar el grado de radiosensibilidad; (b) porque nos deja saber si van a ser favorables o no las reacciones del estroma conjuntivo.

2o.—La condición necesaria y suficiente para curar los tumores malignos es la muerte de todas las células cancerosas.

3o.—Este objetivo habrá de buscarse *respetando la integridad de los elementos normales de la región;* y se logrará siempre que las diferencias de radiosensibilidad entre unos y otros sean marcadas.

4o.—La eficacia de una misma dosis de irradiación es mayor distribuída en varios días que si se administra en pocas horas. *La distribución,* sin embargo, *no debe quedar por debajo del umbral de intensidad apropiado a la radiosensibilidad del elemento neoplásico.*

5o.—La curación del cáncer debe de obtenerse en el primer tratamiento. *No se reparan las consecuencias del primer fracaso,* pues si la dosis administrada fué bastante intensa para estimarla curativa, la irradiación no podrá renovarse sobre las mismas regiones.

6o.—Las probabilidades de curación del cáncer son siempre limitadas. Por eso requiere la elección de una técnica impecable, ya que se trata de un acto de consecuencias definitivas.

7o.—*Las irradiaciones intermitentes bi o semanales deben de evitarse,* tanto con el Radium como con los rayos X, porque *crean la radio-inmunización de la célula cancerosa y la radio sensibilidad del estroma.*

8o.—Dada la cito-causticidad electiva de las radiaciones ultrapenetrantes, tanto en Curieterapia como en Roentgenterapia, no deben emplearse contra el cáncer mas que gruesas filtraciones.

Estudio de Tensión Arterial en Puerto Rico (*)

DRS. R. RODRIGUEZ MOLINA

—Y—

RAMON M. SUAREZ.

Hemos decidido presentar estas observaciones sobre presión sanguínea en Puerto Rico, no sólo por la importancia del tema sinó porque desde hace tiempo se discute entre nuestros compañeros y especialmente por los que se dedican a exámenes para seguros de vida, el hecho de que la presión arterial es más baja en los trópicos que la correspondiente a personas de la misma edad y sexo residentes en climas templados.

Observadores de otros países tropicales, como las islas Filipinas y China, han encontrado la presión más baja en los naturales de estos paises y también en los extranjeros allí residentes. Tales razones nos movieron a hacer un estudio, aunque de un número limitado de personas de ambos sexos y distintas edades, en buen estado de salud, a fin de comparar los resultados con los de otros investigadores de países tropicales y determinar hasta dónde fuere posible el promedio normal de tensión arterial en Puerto Rico.

La tensión Normal, Sistólica.

Se ha dicho que la tensión sistólica normal para cualquier edad, está representada por 100 mm. de mercurio, más la edad del individuo (1).

(*) Clínica presentada en la Escuela de Medicina Tropical, Octubre 22, 1927.

Woley (2) en un estudio de 1000 personas saludables de 15 a 65 años, empleando el método de palpación, obtuvo un promedio de 127.5 mm. para varones y 120 mm. en las hembras; el promedio desde 15 a 30 años fué de 122 mm.

McGrae (3) opina que en los adultos una tensión sistólica de 110 o menos puede calificarse como baja.

Barach y Marks (4) examinaron un grupo de varones estudiantes saludables, de 15 a 25 años de edad. La presión sístolica osciló entre 90 y 200 mm. pero la mayoría fué de 110 y 140 mms. En más de 600 casos, 204 arrojaron presiones entre 120 y 130 mms. En 90% de los casos la tensión fué menor de 150 mms.

Hunter (5) en un estudio de 67,000 personas aseguradas en los Estados Unidos encontró los siguientes resultados: presión sístolica desde 16 a 19 años, promedio: 120 mms.; desde 20 a 25 años: 122 mms.; de 26 a 29 años: 123 mms; de 29 a 34 años: 124 mms.

Tensión diastólica normal.

Mac William y Melvin (6) en un grupo de adultos jóvenes y saludables, encontraron que el promedio de la presión diastólica era 65 mms. con una variación de 50 a 80 mms.

Barach y Mark en su serie hallaron que en el 92% la tensión sístolica no excedió de 100 mms., y la gran mayoría osciló entre 70 y 100 mms.

Frazer y Cowell (7) en su estudio practicado en soldados norteamericanos, obtuvieron un promedio de 70 a 80 mms. de presión diastólica.

Factores que determinan una variación normal en la Tensión Arterial.

Es un hecho bien conocido que diversos factores pueden producir una variación normal de la tensión sanguínea. Así pues Katzenberger (8) en una serie de observaciones notó que la presión tiende a bajar a medida que aumenta la velocidad del pulso. La baja presión en los niños puede explicarse en el desarrollo pobre del sistema circulatorio. A medida que el peso y la estatura aumentan la tensión sístolica también aumenta. Los varones arrojan presión más alta debido a su mayor tamaño. La posición del cuerpo, los fenómenos psíquicos, la hora del día, los movimientos, el tomar alimentos o líquidos, la respiración y el baño son factores que afectan la presión.

Por efectos del clima, según Castellani y Chalmers (9) baja la tensión del pulso, con una dilatación de los vasos periféricos y una aumentada elasticidad del pulso.

Variaciones raciales y climatológigcas de la presión.

Musgrave y Sison (10) estudiaron por primera vez la presión sanguínea en las Filipinas. Su trabajo comprendió un grupo de 97 americanos y Europeos, y 40 filipinos en su mayoría estudiantes. Las edades fluctuaban entre 25 y 40 años. Llegaron a la conclusión de que la presión sístolica de personas residentes en los trópicos es más baja que el promedio en los países templados. En los extranjeros los siguientes resultados fueron obtenidos:

Duración de la residencia en los trópicos.	**Presión sistólica.**
de 1 mes a un año..........	124 mms.
2 a 5 años	115 ”
5 a 10 años	116 ”
Más de 10 años.............	113 ”

De los filipinos 30 varones arrojaron un promedio de presión sístolica de 108 mms. y 10 mujeres 113 mms. La tensión diastólica no fué estudiada en estos casos.

Un estudio muy extenso fué hecho por Camberlain (11) observando la presión de 1,042 soldados americanos, blancos y saludables, de 20 a 40 años, residentes en Filipinas y de 386 Filipinos, representantes de varias tribus, incluyendo soldados, trabajadores y convictos, la mayor parte menores de 40 años. Asume este investigador una presión sistólica de 115 a 150 mms. como normal para hombres desde 15 a 30 años residentes en las zonas templadas. Encontró en las Filipinas una presión promedio, en hombres blancos y de estas edades, 115 mms. y de 30 a 40 años, 118 mms.

En los Filipinos estudiados, entre 15 y 40 años, encontró una presión sístolica con promedio de 115 a 116 mms. Concluye que no existe diferencia esencial alguna entre estos resultados y los obtenidos en hombres blancos.

Un posterior estudio de Filipinos fué hecho por Concepción y Bulato, (12) usando el esfimomanómetro de Erlanger. Se examinaron 697 varones y 218 mujeres, entre edades de 15 a 87 años. Estos individuos fueron en su mayor parte estudiantes de Medicina y convictos. La edad promedio en los hombres fué de 29.5 años y en las mujeres 25.5 y el promedio de tensión fué el siguiente:

Presión Sistólica: Hombres, 115 mms.; Mujeres, 116 mms.

Presión diastólica: Hombres, 79.1 mms. Mujeres, 83.4 mms.

Estos investigadores llegaron a la siguiente conclusión: La presión sistólica de los Filipinos es mucho más baja que la de los Americanos residentes en climas templados, pero igual a la de aquellos que residen en los trópicos.

Citaremos también el importante y minucioso trabajo que el Dr. W. M. Cadbury (13) llevara a cabo en estudiantes de Cantón, China. Estudió las presiones de 774 jóvenes y saludables estudiantes de un colegio cuyo modo de vivir era parecido al de estudiantes americanos. En el grupo comprendidos entre las edades de 21 a 30 años el promedio de presión sistólica fué de 101 mms. y la diastólica 68 mms. Las presiones sistólicas de los Cantonenses y de otros jóvenes del Sur de la China arrojaron un promedio de 20 a 30 mms. de presión menor que la de personas normales de Europa y Norte América. La presión diastólica es también menor, de 10 a 20 mms. de mercurio.

Presión arterial en Puerto Rico.

Técnica y aparatos usados por nosotros en un estudio de 260 personas de ambos seos. Uno de los firmantes (RMS) usó el aparato francés de Pachon, y el Tycos, y el esfigmomanómetro de Baum de mercurio fué usado por el otro (RRM). Las presiones se determinaron por el método auscultatorio, tomándose lectura de la tensión sistólica al oirse el primer sonido y el cambio de tono del sonido como la presión diastólica. Se usó en todos los casos la banda de goma tipo standard. Los sujetos permanecieron sentados durante la lectura de la presión, usándose el brazo derecho.

Resultados obtenidos:

Además del número de casos que examinamos, se trató de obtener una relación de los soldados del regimiento de Puerto Rico, pero fuimos informados de que no había sido tomada. El Coronel Witherel a petición del Dr. Suárez envió las presiones tomadas últimamente a los oficiales americanos del regimiento haciendo

un total de 64 hombres, todos americanos continentales, cuyas edades variaron entre 24 y 60 años, ninguno de ellos habiendo residido aquí más de tres años. La mayor parte de estos oficiales eran mayores de 35 años. El promedio de presión sistólica de dicho grupo fué de 124 mms. y la presión diastólica de 79 mms.

El Dr. Salivia quien bondadosamente nos enviara una relación de la presión tomadas a un grupo de estudiantes de la Universidad de Puerto Rico que aparentemente se encontraban en buen estado de salud, encontró en 27 varones de alrededor de 20 años de edad un promedio de presión sistólica de 114.7 mms. y 58 mms. de presión diastólica. En otro grupo de 92 mujeres, también estudiantes, y de la misma edad el resultado fué de 110 mms. como promedio de presión sistólica y 59 mms. presión diastólica.

Estos dos grupos no examinados por nosotros hacen un total de 183 casos, arrojan un promedio de 119.35 mms. de presión sistólica y 68.5 diastólica, en los hombres y 110 mms. y 59 mms. respectivamente, en las mujeres. Desconocemos el aparato usado para determinar la presión en estos casos pero suponemos fuera el esfimomanómetro de Tycos o el de mercurio siguiéndose el método de auscultación. Otro grupo estudiado por nosotros comprende 30 enfermeras desde 20 a 25 años de edad, y de color blanco y 54 trabajadores en su mayoría de color, todos en buen estado de salud, desde 21 a 57 años de edad. Los promedios de presiones en las enfermeras fueron de 105 mms. sistólica y 60 mms. diastólica. Los varones arrojaron un promedio de 127 mms. y 76 mms.

La tabla I contiene una relación detallada de un grupo de personas de color blanco de ambos sexos, quienes fueron examinadas para obtener un seguro sobre sus vidas.

Se hizo en todos estos casos un previo exámen de las orinas con resultados negativos; el examen del corazón fué también negativo en cuanto a la presencia de soplos y otras sintomatologías cardiovasculares. A todos les fué concedido el seguro que solicitaban, pudiéndose decir con bastante certeza que realmente eran personas saludables. En la tabla se presentan los casos por grupos de edades y de sexo, obteniéndose el promedio de las presiones en cada grupo. La persona más joven fué de 19 años y la de más edad de 55. El promedio total de los 139 varones estudiados arroja lo siguiente: presión sistólica: 122.44 mms.; presión diastólica: 74.56 mms. Las 37 mujeres examinadas dieron el siguiente resultado: Presión sistólica: 125.18; diastólica: 74.44. Los promedios generales de presión en los 176 casos son como sigue: Presión sistólica: 123.5mms. diastólica: 76.12. Podemos observar que la tensión va subiendo gradualmente con la edad de los individuos hasta llegar al grupo de personas entre 41 y 45 años de edad, desde donde se nota un descenso continuado de las presiones exceptuando un ligero aumento de 4 mms. en el grupo de hombres de 51 a 55 años, y un aumento de 11mms. en las mujeres del grupo 41 a 45 años.

Como puede verse en la tabla la mayor parte de los 176 individuos está integrado por personas de 26 a 40 años de edad.

El promedio de presiones en los 193 varones y 67 mujeres de todos los grupos examinados por nosotros es el siguiente:

Presión sistólica: hombres, 115.09 mms. mujeres, 124.72 mms.

Presión diastólica: hombres, 68.12 mms. mujeres, 75.25.

En los casos examinados por el Dr.

Salivia y el Coronel Witherel los resultados fueron como sigue:

Presión sistólica: hombres, 119.35 mms. mujeres, 110 mms.

Presión diastólica: hombres, 68.5 mms. mujeres, 57 mms.

Notamos que existe un marcado acercamiento entre los promedios de las presiones de los 64 oficiales americanos residentes en Puerto Rico, y del grupo de trabajadores de color y de los hombres solicitantes del seguro de vida.

64 Oficiales Americanos.—Presión sistólica: 124 mms.; diastólica: 79 mms.
54 trabajadores de Color.—Presión sistólica: 127 mms.; diastólica: 76 mms.

139 Candidatos para el Seguro de Vida.—Presión sistólica: 122.44 mms.; diastólica: 74.56 mms.

Aunque sin duda alguna existen no solo diferencias de raza en estos grupos de hombres, sino también diferencias en modo de vivir, hábitos y hasta en la dieta, se acercan tanto los promedios de las presiones que no nos atrevemos a especular en cuanto a las posibles causas de esas ligeras diferencias.

Por otra parte creemos que las presiones en personas normales en Puerto Rico son de 10 a 15 mms. más bajas en las sistólicas y alrededor de 10 mms. en las diastólicas que en personas de la misma edad y sexo, residentes en países templados. No ofrecemos otra explicación de las presiones un tanto altas observadas en el grupo de 37 mujeres, candidatos del seguro sobre sus vidas, que no sea el número limitado de dicho grupo.

Opinamos con Castellani y Chalmers y Cadbury que el factor predominante en la más baja presión en los trópicos es el efecto del clima que produce una dilatación constante de los vasos periféricos, y un aumento en la presión secretora de la piel; por otro lado la tensión superficial normal y la presión vasomotriz necesaria para producir el requerido calor en los países templados está muy disminuída eu los trópicos.

CONCLUSION.

De un estudio de la presión arterial en 443 personas de ambos sexos, saludables, en su mayor parte de color blanco y de ascendencia española, integrado por 284 hombres y 159 mujeres, incluyendo 54 hombres de color y 64 americanos continentales residentes en Puerto Rico, encontramos que las presiones sistólicas y diastólicas son más bajas que las correspondientes a personas de la misma edad y sexo residentes en países templados.

(*Véase la Tabla I, en la siguiente página.*)

BIBLIOGRAFIA

1—Editorial: J. A. M. A. 75. 1650 (Dec. 11) 1920.
2—Woley, H. P. J. A. M. A.: 55:121 (july) 1920.
3—McCrae, T.: M. Clin N. America 3:1177 (March) 1920.
4—Barach, J. H. and Marks, W. L.: Arch. Int. Med. 13: 648 (may) 1914.
5—Hunter, A. Proc. Assn. Life Ins. Med. Directors N. America 7:153, 1920.
6—MacWilliam, J. A. and Melvin, G. S.: Brit. M. J. 1:332, 1910.
7—Frazer, J and Cowell, E. M.: J. M. A. M. 70:520 (Feb. 23) 1918.
8—Katzenberger, A.; Ztschr. f. Kinder 9: 167. 1913.
9—Castellani & Chalmers: Manual of Tropical Medicine, Balliere, Tindall & Cox, London, 1919, p. 75.
10—Musgrave W. E. and Sison A. I. Philippine J. Sc. B. 5:425, 1910.
11—Chamberlain, W. P.; Philipine J. Sc. B. 11; 135, 1916.
12—Concepción I. and Bulatao, E.: Philippine J. Sc. B. 11: 135, 1916.
13—Cadbury, W. M.: Arch. Int. Med. 40:362 (September) 1922.

TABLA I

Tensión arterial de 176 individuos aparentemente saludables.

EDAD	SEXO	PRESION SISTOLICA								Promedio de Presión en mms.	PRESION DIASTOLICA.						Núm. Total de Casos.	Promedio de Presión en mms.
		90-100 mms	101-110 mms.	111-120 mms.	121-130 mms.	131-140 mms.	141-150 mms.	151-160 mms.	161-170 mms.		50-60 mms.	61-70 mms.	71-80 mms.	81-90 mms.	91-100 mms.	101-110 mms.		
18-25	M	1	4	8	3	1	0	0	0	111.16	2	5	6	4	0	0	17	63.88
	F	0	4	7						113.18	0	2	9				11	74.18
26-30	M		6	12	19		1			121.34		7	22	9			38	74.60
	F		4	6						113.50		5	4	1			10	74.00
31-35	M		9	10	10					119.86	2	6	18	3			29	75.10
	F		3	1	2	1				117.87		5	2				7	71.00
36-40	M		1	10	16	1	1			118.78		2	26	1			29	77.76
	F		3		1					117.00		1	3				4	74.00
41-45	M		2	7	1	3		1		122.77		3	6	5			14	77.21
	F				2					129.00			2				2	80.00
46-50	M		3	1	2	1		1		125.00		3	4	1			8	75.25
	F		1	1	1					119.33			2	1			3	81.00
51-55	M	1		1		2				123.50			4				4	78.50
	F																	
Total	M	2	25	49	51	8	2	2		122.44	4	26	86	23			139	74.56
	F		15	15	6	1				125.18		13	22	2			37	77.44

Promedio total de presión sistólica en todos los casos - - - - - - - - 123.57

Promedio total de presión diastólica en todos los casos - - - - - - - - - - 76.12

REVISTAS DE REVISTAS

FR. ZALEWSKY (Polonia)—El tratamiento de las tuberculosis quirúrgicas por el método de Finikoff.—(La Presse Médicale 7 de Junio 1930—Pág. 779—Paris).

En el tratamiento de la tuberculosis es necesario, según Finikoff, aumentar las defensas del organismo, mediante el estímulo de las propiedades lipásica de la sangre y proteolíticas de los leucocitos polinucleares. Este fin se logra con inyecciones intramusculares de aceite iodado, cuando se las asocia con la ingestión de fuertes dosis de sales de calcio.

Una de las ventajas del método consiste en que puede aplicarse a pacientes ambulantes.

Finikoff publicó una estadística de 100 casos con sólo 6 fracasos.

Zalewsky lo empleó en 16 casos con resultado habitualmente favorable.

Las dosis iniciales del aceite iodado dependían de la edad del enfermo, de su estado general y de la gravedad de la afección; fluctuaron entre 5 y 20 c.c. por inyección semanal. Al mismo tiempo se prescribieron 6 a 8 gramos de cloruro de calcio por ingestión diaria. Las inyecciones apenas provocaron reacción. El tratamiento se prolongó, en términos generales, de 5 a 10 meses.

Zalewsky trató las siguientes formas de tuberculosis: osteo-articular, ganglionar y del epidídimo.

Según el autor, ningún otro tratamiento da resultado tan excelente en lapso tan corto y con medios tan sencillos, ahorrando los riesgos de diseminación y de mutilación, a que exponen los procederes cruentos.

El método de Finikoff, siendo un tratamiento general que actúa mediante el refuerzo de las defensas orgánicas, aparece como el más lógico y en armonía con el concepto moderno de las tuberculosis quirúrgicas, consideradas hoy simples manifestaciones locales de una infección general. Constituye un progreso positivo en la lucha contra la tuberculosis, donde las victorias, hasta hoy, se obtuvieron al precio de una mutilación o de una anquilosis.

DR. I. G. M.

CLAUDE REGAUD.—La organización y las condiciones de eficacia de la lucha contra el cáncer del útero.—Radiophysiologie et Radiotherapie par Regaud, Locassagne et Ferroux.—Vol. II —Fasc. I.—Pag. 81.—Paris, France.

(Extracto del informe presentado a la subcomisión de la sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones, encargado del estudio de la Radioterapia del Cáncer, en su sesión celebrada en Ginebra del 25 al 27 de marzo de 1929).

La Comisión del cáncer de la Sociedad de las Naciones ha provocado el estudio de los medios prácticos susceptibles de aumentar el porcentaje de curaciones en los cánceres del útero. La radioterapia ha realizado tan considerable progreso que hoy disputa a la cirugía el primer puesto en la terapéutica del cáncer uterino.

Cualquiera que sea el método de tratamiento importa saber que la frecuencia de la curación depende de dos factores, tales son: **diagnóstico precoz, tratamiento precoz y correcto.**

Varias causas retardan el diagnóstico precoz. En efecto, a la invisibilidad externa de la lesión se añaden: la insignificancia de los primeros síntomas, la repugnancia de la enferma hacia una exploración que lastima su pudor, la poca familiaridad de algunos médicos generales con esta clase de exámenes y, a veces, la dificultad real de un diagnóstico preciso.

El único medio de favorecer la precocidad del diagnóstico consiste en propagar entre el público la necesidad del examen periódico de todas las mujeres que han tenido uno o más hijos, sobre todo si padecen de metritis.

Esto requiere la creación en todas las ciudades de consultorios ginecológicos bien equipados y dirijidos por médicos competentes; consultorios que deben encontrarse en estrecha relación con uno o varios laboratorios centrales de histopatología. El análisis histológico es uno de los recursos que debe de estar a la disposición de los consultorios de despistaje, pues todo caso sospechoso de cáncer de la matriz debe de ser controlado por el microscopio.

Hay que evitar que los consultorios de des-

pistaje se transformen en centros de tratamiento por el radium.

Para el tratamiento de los cánceres del cuerpo debe darse la preferencia a la cirujía, cuando el caso es operable. Lo mismo ocurre con los adenocarcinomas del cuello.

La exéresis quirúrgica y los métodos radioterápicos entran en mas ardiente concurrencia apropósito de los cánceres operables del cuello uterino. Cuando dejan de ser operables, las proporciones de curación y mejora anunciadas por diferentes autores son desiguales y el papel de los rayos X y el radium ha sido apreciado de manera muy diferente.

El tratamiento correcto de los cánceres del útero ha sido, en consecuencia, comprendido y ejecutado de modos diversos. La verdad no podrá desentrañarse mas que por el establecimiento de estadísticas irreprochables. Y ese es el fin que persigue la sub-comisión de radioterapia eligiendo para su primer trabajo a tres centros de reputación indiscutible, como son Radiumhemmet de Stockholm, la Clínica Ginecológica de la Universidad de Munich y la Fundación Curie de Paris.

La sub-comisión estima como muy importante llamar, ante todo, la atención del público y de las autoridades sobre la dificultad real de los métodos de tratamiento y sobre la oportunidad de moderar, por el momento, cualquier movimiento tendente a su amplia difusión. La dificultad del tratamiento quirúrgico de los cánceres de la matriz no necesita demostración; debe encomendarse solamente a cirujanos hábiles y de experiencia reconocida. No solamente la mortalidad primaria sino que también la curación definitiva del cáncer son en su mayor parte funciones del valor personal del operador.

Pero el freno no existe para el empleo del radium y de los rayos X. Las manipulaciones de la curieterapia y de la roentgenterapia parecen tan sencillas—para las personas que no reflexionan en la suma de experiencia y de ciencia que se resuelven en gestos de apariencia fácil—que muchos médicos y cirujanos caen en la tentación de anexarla a su propia práctica, sin tomarse el trabajo de la preparación necesaria. Estas incursiones en dominios mal conocidos traen, como consecuencia, el deseo del médico de guardar para sí enfermos que recluta y le son facilitados por la ignorancia del público.

La difusión del radium entre médicos insuficientemente preparados es un serio peligro de fraudes terapéuticos. Muchos se contentan con obtener alivios pasajeros en casos que habrían podido curarse. **Una de las formas más perniciosas de este peligro resulta de la posibilidad, para cualquier médico, de procurarse radio en alquiler y, en ciertos países, la emanación,** de la misma manera que se obtienen, mediante receta, material quirúrgico o medicamentos. Es verdad que las casas o instituciones dedicadas al negocio de alquilar radium o vender emanación dan instrucciones sobre el empleo, en cada caso, del material radioactivo, pero esa consulta por correo no basta para ejecutar un tratamiento correcto.

El abuso de los rayos X perjudica la radioterapia de manera distinta a como la perjudica el abuso del radium. Son pocas las Clínicas que declaran poder curar los cánceres del cuello de la matriz por medio de los rayos X. La mayor parte no obtienen mas que resultados mediocres, y por eso la tentación del práctico aislado no es tan grande como la inducida por el radium. **El daño capital de una mala roentgenterapia** habrá de buscarse, nó en la sustracción de enfermos a otros métodos que pudieran curarlos, sino en que **priva a la Curieterapia interior de un aliado precioso, gracias al cual sería mucho mayor el número de enfermos curables.**

La difusión de los métodos radioterápicos entre médicos o establecimientos con experiencia mediocre o con medios materiales insuficientes, causa un daño desigual a los enfermos, según los diferentes grados en la evolución del cáncer.

Los cánceres cérvico-uterinos del primer grado suministran un número importante de curaciones por Curiterapia interior sola, a condición de que el material radioactivo sea bueno y la técnica correcta. Estos casos procuran a ciertas clínicas pequeñas y a algunos médicos aislados éxitos capaces de inducir la difusión de la radiumterapia. **Pero la curación de casos del grado primero no constituye prueba de que un médico o una clínica son aptos para tratar los cánceres del cuello uterino en general,** pues esos casos forman una pequeña minoría en la mayor parte de los consultorios. Los casos más avanzados corresponden, y corresponderán durante mucho tiempo, al mayor número de enfermos. Los casos del grado tercero **no curan nunca por la curiterapia interior sola**; por el contrario **pueden curar en gran proporción si se les trata por la asociación de la curieterapia interior con**

la roentgenterapia correctamente ejecutada. Pero la roentgenterapia correcta de la pelvis por cáncer cérvico-uterino es difícil y laboriosa. En general las pequeñas clínicas y los radioterapeutas aislados no están ni preparados ni equipados para ejecutarla.

Estas consideraciones conducen al autor a recomendar la concentración del tratamiento de los cánceres de la matriz en un pequeño número de establecimientos de cada país, dotando esos establecimientos de un equipo completo y perfecto desde todos los puntos de vista.

Limitar el derecho de cualquier médico a practicar libremente la radioterapia de los cánceres, es invadir un terreno sembrado de escollos. Pero convendrá sin duda llamar la atención de los poderes públicos sobre los inconvenientes graves que a la Comunidad acarrea el favorecer o dejar que se desenvuelva sin freno la diseminación de la radioterapia de los cánceres, y especialmente de los de la matriz, en hospitales que dependan del Estado o de los municipios.

Por lo que a la Curieterapia concierne, es necesario que el Cuerpo médico y el público en general se pongan en guardia contra la insuficiencia de las cantidades de radium—algunas agujas, uno o dos tubos—con que es notorio que ciertos médicos y algunas clínicas pequeñas pretender tratar sus enfermos.

En cuanto a la roentgenterapia, conviene insistir en las dificultades de una irradiación transpelviana eficaz e inofensiva; en la potencia y capacidad que necesariamente deben de poseer las máquinas y los tubos dedicados a ese servicio; en el carácter particularmente laborioso de los tratamientos eficaces y en la obligación de los radioterapeutas responsables de no confiar, en su ausencia, a los manipuladores el control de las condiciones anatomo-topográficas y físicas de las sesiones de irradiación.

La posesión de una cantidad importante de radium distribuído en buenos aparatos, una organización adecuada y poderosa de la roentgenterapia, la hospitalización sistemática de los enfermos, un equipo de colaboradores diversamente competentes, son, en opinión de Regaud, las condiciones indispensables para curar en proporción satisfactoria los cánceres del cuello de la matriz.

Por el resumen y traducción,

DR. I. GONZALEZ MARTINEZ.

Informe preliminar sobre los hallazgos clínicos y bacteriológicos en 60 casos de linfangitis asociada con fiebre elefantoidea en Puerto Rico.—DR. JENARO SUAREZ.—The American Journal of Tropical Medicine, Vol. X No. 3 May 1930.

El autor aporta este trabajo como data adicional a los estudios de Unna, Le Dantec, Sabouraud y otros que consideran a la linfangitis como de origen bacteriano.

Se hicieron siembras directas del tejido subcutáneo y de úlceras de la parte afectada en pacientes que padecían de un ataque de linfangitis en una de las extremidades inferiores. Sesenta siembras se hicieron de sesenta casos de linfangitis. Diez siembras fueron tomadas de focos sépticos presentes en la región afectada y cincuenta del tejido subcutáneo. Nueve de las diez siembras tomadas de los focos de infección demostraron cultivos puros de estreptococos hemolilíticos y el décimo caso presentó el estafilococo aúreo hemolítico. Tan solo dos siembras de las cincuenta tomadas del tejido subcutáneo resultaron positivas para el estreptococo hemolítico.

La microfilaria no fué encontrada en la sangre de ninguno de estos pacientes. Cree el autor que la elefantiasis presente en estos casos ocurrió solo como resultado de ataques repetidos de linfangitis sin relación alguna con el estasis linfático o venoso. Pasados los efectos de un ataque agudo de linfangitis la piel y el tejido subcutáneo permanecieron hinchados y nunca volvieron a su estado normal.

Se citan algunos casos de los estudiados con sus sintomatologías. En los casos estudiados la clínica demostró que existe una relación directa entre los focos sépticos y la linfangitis, siendo el estreptococo hemolítico el microorganismo etiológico. Aparentemente no existe inmunidad natural contra el mal sino que se requiere una infección de la piel más severa para producir el segundo ataque; pero una vez formado el "hábito" de la enfermedad la más leve infección puede motivar otro ataque. La elefantiasis producida en estos pacientes es el resultado de infecciones repetidas, independientes del parásito de la filaria o de anterior patología venosa o linfática.

Los factores predisponentes a infecciones de la piel y del sistema linfático son más comunes en los trópicos que en los países templados; La

salud enpobrecida, la desnutrición, las anemias y exposición de la piel de las extremidades inferiores a toda clase de traumas como mordeduras de insectos, hongos, úlceras, son los medios de infección.

La filariasis como factor etiológico en la producción de la elefantiasis no tiene tanta importancia como se creía hasta ahora.

DR. R. R. M.

Malaria en Puerto Rico, DR. WALTER C. EARLE. The American Journal of Tropical Medicine, Vol. X No. 3 May, 1930.

El presente estudio fué comenzado en 1924 para lograr una más completa información sobre la destribución e intensidad de la malaria, para estudiar los hábitos de los mosquitos anofeles locales trasmisores del mal y para el desarrollo de medidas que controlen la propagación de esta enfermedad. El trabajo se efectuó durante todas las estaciones del año. Se usaron tres métodos para el estudio de la incidencia de la Malaria: (a) Determinación de la incidencia de la fiebre en el pasado y el presente; (b) exámenes del bazo; (c) examen de la sangre para determinar los parásitos.

La Malaria es un serio problema de salud pública en Puerto Rico, particularmente en las regiones costaneras donde es corriente encontrar desde un cuarto a un tercio de la población con parásitos en la sangre.

La incidencia de fiebre es más alta en los meses del otoño cuando la temperatura, humedad y la lluvia son elevadas.

La incidencia de fiebre, del porcentaje de parásitos y de bazos, es necesaria para el estudio cuidadoso del problema de la Malaria. La incidencia de los bazos agrandados es de gran valor para determinar la cantidad de Malaria presente y el examen de la sangre es probablemente el método más aplicable cuando ha de usarse un solo método.

El anofeles albimanus es el vector importante.

La caña de azúcar es el principal producto de las regiones infectadas de Malaria, y los métodos de cultivo influyen en la propagación del mosquito. La desecación de algunas de las regiones de manglares por medios de bombas y para beneficio de la agricultura, será necesaria antes de poder controlar el mosquito en muchas regiones. Se nota un creciente interés en este trabajo.

El drenaje del subsuelo es la solución más prometedora en los terrenos húmedos que no están demasiado bajos. Este método se está extendiendo cada año.

El tratamiento eficiente de los enfermos es un factor esencial de toda campaña saneadora.

En muchas regiones la campaña anti-malárica se lleva a cabo eficientemente y a bajo precio con el uso de Verde de París, pero en la mayor parte de las regiones un drenaje eficiente es indicado antes de extinguir las larvas a un costo bajo anual.

La incidencia de Malaria no ha bajado inmediatamente después de las campañas saneadoras, pero ha bajado algo después de un año, en algunos casos, mientras que en otros se requiere períodos más largos por necesitar de un intenso drenaje en estas regiones.

DR. R. R. M.

KESTEN, B. y SUAREZ, J.—Sensibilidad de la Piel en Casos de Sprue.—P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med. 5:263.

Veinticuatro enfermos padeciendo de sprue fueron inoculados por vía intradérmica con substancias alimenticias y con extractos de **Monilia psilosis**, aspergilluis y alternaria.

Las pruebas con substancias alimenticias resultaron esencialmente negativas. Ocho de trece pacientes con sprue agudo reaccionaron positivamente a un extracto de **Monilia psilosis.** Un número más pequeño (2) de estos enfermos reaccionaron a un cultivo de **Monlia psilosis** en caldo.

DR. P. M. O.

SUAREZ, J.—Diabetis en Puerto Rico. Porto Rico, Jour. of Pub. Health & Trop. Med. 5: 325.

El autor estudia una serie de casos de diabetis y llega a la conclusión de que el clima no tiene influencia alguna sobre la etiología o manifestaciones clínicas de la diabetis.

Opina que las infecciones de las extremidades inferiores como, la linfangitis e infecciones parasitarias de la piel, que son comunes en el trópico son tan importantes como las bajas temperaturas, en producir la gangrena. La incidencia de diabetis es menor en Puerto Rico que en los Estados Unidos. La desnutrición y la presencia de "glucokinin" en las frutas y vegetales de Puerto Rico pueden ser en parte responsables de la baja morbilidad por diabetis en la isla.

DR. P. M. O.

A POST GRADUATE WEEK OF PHYSICAL THERAPY

To be Conducted by The American Congress of Physical Therapy

Announcement is made of "A POST GRADUATE WEEK OF PHYSICAL THERAPY" in conjunction with the ninth annual scientific session of the American Congress of Physical Therapy, to be conducted September 8th. to 12th., 1930, at the New Hotel Jefferson, St. Louis, Mo.

An intensive post graduate week of physical therapy is promised. Elaborate plans have been perfected for teaching, demonstrations and clinics. The physician who is interested in physical therapeutics and who has not had any instruction in the work will find the lectures on the fundamentals a sound basic means for further study. The more experienced on the other hand, will gain considerably from the advanced expositions on light, heat, electricity, massage and all the other physical agents utilized in practice. Every phase of physical therapy will be covered. The subjects will be general and specific and so varied asto appeal to both the general practitioner and the specialist.

While it is appreciated that a week is a rather short period for post graduate teaching, the systematic arrangement of the program makes it possible for the physician to attend only those sessions in which he is vitally interested. As has been the practice in the past, sectional gatherings will prevail in Medicine, Surgery, and Eye, Ear, Nose and Throat. Several of the afternoons and evenings will be given over to addresses by prominent guests. There will be symposia on "Education and Teaching of Physical Therapeutics" and on "The Relation of the Physician and the Technician in Office and Hospital Practice."

New features in the conduct of clinics and demonstrations will be observed. In fact, so many new features have been arranged that they cannot be enumerated here. The preliminary program will be issued within a short time. Full information and details are contained in it. Send your name and address to:

Executive Secretary,
AMERICAN CONGRESS OF
PHYSICAL THERAPY,
Suite 761—30 N. Michigan Avenue,
Chicago, Ill.

ASOCIACION MEDICA DEL DISTRITO DE PONCE

PROGRAMA

Junio 8 de 1930, a las 9:00 a. m.

Sesión de la mañana

1—Saludo del Presidente de la Asociación del Distrito de Ponce.
2—Parasitología intestinal en Puerto Rico.—*Dr. Américo Serra.*
3—Cáncer del pulmón.—*Dr. J. A. Amadeo.*
4—Neoplasia del pulmón curada por Radio.—*Dr. González Martínez.*

Sesión de la Tarde.

5—Estudio de un caso de enfermedad de Banti.—*Dr. O. Goyco.*
6—Algunas consideraciones sobre la cirugía del bazo.—*Dr. F. de Jesús.*
7—Pulmonía lobular en Puerto Rico.—*Dr. Ramón Suárez.*

8—Necesidad en Puerto Rico de un Instituto para estudio y tratamiento del Cáncer.—*Dr. R. López Nussa.*

9—Exhibición de dos películas sobre el cáncer. Explicación de las mismas por los Dres. *Passalacqua y R. López Nussa.*

10—Discurso final. — *Dr. P. Perea Fajardo.*

La Droguería Moscoso Hno. y Co., obsequió a los Médicos con un lunch servido en el Club Deportivo.

La Asociación Médica del Distrito, obsequió a los compañeros con un banquete en el Hotel Meliá a las 8 p. m.

Dr. Ramón Ruiz Arnau

Hace varias semanas se encuentra en San Juan, nuestro distinguido compañero el Dr. Ramón Ruiz Arnau, residente desde hace varios años en Nueva York. Ha visitado la isla por una corta temporada con motivo de casamiento de su hijo, el Dr. Guillermo Ruiz Cestero, instructor de Radiología de la Escuela de Medicina Tropical.

La Asociación Médica de Puerto Rico deseaba rendir un homenaje al distinguido profesional que fué uno de sus socios fundadores y de los que más se destacaran durante el período de su formación; y al efecto celebró un smoker en su honor al cual concurrieron muchos de los viejos colegas del Dr. Ruiz Arnau y un nutrido grupo de los jóvenes médicos deseosos de conocer personalmente a tan ilustre y verdadero exponente de la Medicina Puertorriqueña.

Dr. Enrique Koppish

Ha regresado de New York donde permaneciera un año en calidad de residente auxiliar de Patología del Centro Médico de la Universidad de Colombia, el joven Patólogo y querido compañero E. Koppish. Deseámosle un completo éxito en su cargo de "associate" de Patología de la Escuela de Medicina Tropical, donde actualmente dirige todo el intenso trabajo de ese departamento.

NUEVO NOMBRAMIENTO

Ha sido nombrado Instructor de Parasitología de la Escuela de Medicina Tropical el editor auxiliar y gerente de esta revista, Dr. Rafael Rodríguez Molina.

MATERIA MEDICA

PHANODORN

Un Hipnótico para la práctica general.

Produce en poco tiempo un sueño tranquilo, de profundidad y duración suficiente *sin dar lugar a efectos secundarios y tardíos desagradables.*

Indicaciones Especiales: Insomnio corriente, así como también el debido a otras distintas causas.—Estados de excitación de todas clases.—Trastornos maniaco-depresivos.—Neurosis hipertónicas y arterioesclerósicas. — Temblor. — Taquicardia. — Fobias, etc.

Dosis: Los adultos tomarán una o dos tabletas.—En los casos ligeros de insomnio, especialmente los agudos, bastará muy a menudo 1½ gr. (=½ tableta). Para acelerar la absorción se recomienda tomar el remedio con abundante cantidad de un líquido caliente (té, etc.)

Empaque: Tubos de a 10 Tabletas de a 3 granos y frascos de a 100 Tabletas de a 3 granos.

ELIXIR de LUMINAL

La Prescripción Ideal para el agradable tratamiento sedante.

Indicaciones: Neurastenia — Hipertiroidismo — Neurosis Cardiacas — Neurosis gástricas — Corea — Tos Ferina — Menopausa — Dismenorrea — Para antes y después de las operaciones.

Descripción: El desagradable sabor amargo y la poca solubilidad del Luminal hace difícil a los farmacéuticos preparar de improviso una solución satisfactoria. El Elixir de Luminal posée, además de un buen gusto, una composición estable y uniforme.

Dosis: Una o dos cucharaditas, dos o tres veces al día, según el caso. (Cada cucharadita contiene ¼ de grano de Luminal.)
Empaque: En frascos de a 4 y 12 onzas.

KRESS - LUMIN

Un Expetorante y Calmante Para La Tos Que No Contiene Narcóticos.

Calma rápidamente la tos y modifica favorablemente la expectoración. Carece por completo de los efectos perturbadores de los opiados. La tos de cualquier naturaleza cede prontamente a la acción de Kres-Lumin.

Dosis: De 2 a 3 cucharadas en agua, 3 a 4 veces al día.
Empaque: En frascos originales de a 4 y 8 onzas.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

170 VARICK ST. — NEW YORK, N. Y.

Distribuidor: FR. SCHOMBURG - Luna 80 - San Juan, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

Año XXII. | Agosto de 1930. | Núm. 179.

Sporothricosis (*)

By

Bailey K. Ashford, M. D., Sci. D., Hon. M. D. (Univ. Egipt) Prof. Trop. Med. and mycology, School of Tropical Medicine.

This not very common disease was first separated from syphilides and tuberculides, with which it had hitherto been universally confused, by Hektoen and Perkins in 1900 who found a fungus in a typical case which had been isolated by Schenk in 1896 and studied by Smith who had recognized it as one of the Sporotrichineae. It is essentially a mycotic disease and was laboratory-born and-named.

It is unfortunate that no popular name is extant, for like almost all of the designations of mycoses by the generic name of their fungus cause, given with a praiseworthy attempt to be severely scientific, this one is really incorrect. This is not so much the fault of the scientific physician but is due to the chaotic state of mycologic nomenclature. Mycology is a budding science and few generic names can be absolutely depended upon to remain as they are: Moniliases are no longer due to *Monilia* but to *Candida;* Blastomycoses has no foundation in any yeast-budding genus known to mycology; Epidermophytosis is not only a misnomer but an endless source of confusion, for many genera other than Epidermophyton can cause mycotic lesions of the glabrous skin ("Epidermomycosis" would be acceptable): and Sporotrichosis is not caused in the vast majority of cases by a *Sporotrichum* but by a variety of species of the genus *Rhinocladium.* In fact, there is only one species of *Sporotrichum* which produces a sporotrichosis, *Sporotrichum Carougeaui, Langeron,* 1913, and this latter has so far been observed only in Madagascar. It is a source of constant irritation between mycologists and medical men when such designations of disease are persisted in, for mycology is an independent branch of botanical science to the extent of possessing the right to clarify its present cumbersome classification as the development of mycology demands. One of the most interesting experiments in this line is that of Sabouraud whose naming of organisms, mainly according to their parasitic characteristics in man, as, for example, *Trichophyton,* (although species of this genus are being found that do not usually or even often attack the hair), is at present occupying the center of the stage.

In 1903, sporotrichosis whose nature was first revealed in the United States, received the studious attention of de

(*) Read before the San Juan District Medical Association, May 5, 1930.

Beurmann who later, with Gougerot, gave us an authoritative work on the subject. Sabouraud, recognizing the efficacy of iodine in the treatment of certain mycoses, was the first to try with success what has been recognized later as almost a specific.

Sporotrichosis is, therefore, a generalized mycosis caused by various species of the genus *Rhinocladium*. Vuillemin is responsable for taking these organisms out of the genus *Sporotrichum*, where they were by error placed, and locating them in the genus *Rhinocladium*. The *Sporotrichum* never produces pigment in culture and the conidia are sessile on the hypha. The *Rhinocladium* produces a brown or black pigment and emits from its hyphae little tooth-like projections for the insertion of the conidia.

According to Saccardo's Sylloge Fungorum Omnium, there are 160 species of *Sporotrichum* and only 7 of *Rhinocladium*. Eight of these *Sporotrichum* go to the latter genus in this case.

In medicine, the best known species are:

R. Beurmanni, Matruchot and Ramond, 1903—found everywhere.

R. Schenki, Hektoen and Perkins, 1900 —found in the United States.

R. Gougeroti, Matruchot, 1910, found in France and Porto Rico (Ashford).

There are five more which are less universally known and distributed:

R. asteroides, Splendore, 1908, found in Brazil.

R. Councilmani, Wolbach, Sisson and Meier, 1917, found in the United States.

R. indicum, Castellani, 1908, found in India.

R. Jeanselmei, Brumpt and Langeron, 1910, found in France.

R. Lessei, Vuillemin 1910 found in Madagascar.

The only morphologic variation of importance is the formation of yeasts in the lesions and cultures. In the latter, however, such forms do not persist but eventually form the characterictic mycelium and conidia. While they persist to the exclusion of typical fructifications, they may be a source of serious error, as they reproduce by gemmation and may descend to less than a micron in diameter. They may be also free or engulfed by phagocytes. I had a typical clinical case of sporotrichosis in which I called Dr. Lambert in consultation, with the primary chancre on the thumb and a series of gummata ascending the forearm. In this case, I felt obliged to abandon the diagnosis, owing to the cultures, which only revealed small yeast-like forms, in ignorance as I then was of the usual conversion of this type into mycelium with typical conidia with age. The cultures were thrown away and the case went by default. There is considerable reason to believe that in the course of time the Sporotrichineae will be found to have affinities with the Ascomycetes as the work of Boulanger and Vuillemin foreshadows. The former produces sclerotia in cultures.

THE SAPROPHYTIC ORIGIN OF SPOROTRICHINEAE

All pathogenic fungi have a saprophytic origin, unquestionably. This origin is comparatively easy to demonstrate with such organisms as the Aspergillus which are modified little by their invasion of man but with the *Trichophyton* and *Sporotrichum* the law of epharmony works and the resistance offered by the human

organism to the invasion of the fungi produces a convergence of physical appearance and biochemical characteristics, as in war all elements are fused into one community who eat, dress and act pretty much alike. To induce these organisms to give up their characters as pathogens, so nearly alike in certain groups, and return to their natural vegetative condition in which they look and act so differently the one from the other, is the only hope of a *natural* classification and a reduction to more reasonable proportions of a bewildering number of "species".

Not only is polymorphism a serious stumbling block to classification, but what Sabouraud has for many years defined as pleomorphism or a permanent and stable deviation by which the fundamental characteristics of a species are lost, although the organism still can be cultivated and inoculated, has been a formidable check to recognition of fungi. Even passage through animals will not make pleomorphic fungi return to their primitive form.

This dictum which had been accepted by everyone after abundant experimentation as final, must be again questioned in view of the apparent reversal of some of the pleomorphic Trichophytons to their original condition by the use of ultraviolet light and a special medium of my own in the School of Tropical Medicine of Porto Rico. Nannizi has recently concocted a new medium with which he has averred to have converted *Trichophyton* into Gymnoasceae. If these two new methods of investigation and the mating of apparently similar monocultures to produce perfect forms as described by Dodge and Shear, all dealing with fundamental questions in pure science, are applied to our mycotic pathogens there is no telling what we may not get as an end-product. De Beurmann has actually found a wild Sporotrichum on Mont Blanc, growing in a state of nature on vegetation, and careful passage through animals has evolved a pathogen. It is certain that these pathogenic organisms are well distributed on the earth, grass, leaves, fresh and dried legumes, grain, tubercles, roots, etc. People who have to work in this sort of surroundings, gardeners, reapers of grain, cooks, etc., as well as those who handle animals which may act as reservoirs for infection, can become contaminated by the enormous number of spores produced, and all that is needed is a favorable terrain, the dominant note in medical mycology.

In bacteriology this problem is not such an overshadowing one. The organism is aggressive. In mycology, however, invasion of the human organism, i. e. infection, is rare, although contaminations must be fairly continuous.

What is it that opens the door to a successful invasion of man by the omnipresent fungi? Here is the real problem for the future:

Langeron suggests, that a gradual adaptation may be needed, i., e., natural passages through a series of animals to man or through a series of men, until adaptation of the organisms finally occurs to paint the clinical picture. As a matter of fact, the horse, the rat and the dog, seem to be the principal sources of infection and the constant contact with these organisms in the laboratory has produced cases.

GEOGRAPHIC DATA

From the United States came the first observations. Francisco Rivero reports cases from Santo Domingo which Lan-

geron seems to accept, but he makes no mention of that author's claim on clinical ground,s that the case, reported in the same paper as coming from Porto Rico, was one of sporotrichosis. A careful study of this part of his paper is not convincing inasmuch as microscopic and cultural studies were negative and the only lesion mentioned was a large ulceration of the pharynx without any history of previous generalization. The appearance of the culture was said to resemble Sporotrichum but macroscopic appearances are most deceitful without microscopic corroboration. I have had a series of cultures of an arthrosporous organism which was macroscopically indistinguishable from *S. Beurmanni*. As for *S. Gougeroti*, the culture is quite black and similar to others of the family Dematiaceae.

I understand that Dr. Costa had a case of true Sporotrichosis which gave typical cultures of *S. Beurmanni*. I myself isolated what appears to be *Sporotrichum Gougeroti* for a case of subcutaneous cellulitis.

Pupo has noted the disease in Costa Rica, and from Colombia, the Argentine, and Uruguay cases have been reported. It has been found also in Madagascar.

Of all the countries of South America, Brazil has shed most light on Sporotrichosis. Here Magalhaes found that of 160 mycoses, 30 were due to Rhinocladium.

THE DISEASE SPOROTRICHOSIS

The best sources of information today are De Beurmann and Gougerot's treatise, "Les Nouvelles Mycoses", Langeron's chapter on the Sporotrichoses in Roger, Widal and Teissier's "Nouveau Traité de Médecine", and very especially, the chapter of Otto Grüss in the Handbuch der Haut-und Geschlechtskrankheiten, Vol. XI. To these authors and many others I make my acknowledgements for valuable aid in working up this subject.

Like syphilis and tuberculosis, sporotrichosis is an almost infinitely polymorphous disease. The diagnosis is easy, mycologically, if it is only suspected clinically and the treatment by potassium or sodium iodide is practically specific. Otherwise, this infection, masquerading perfectly as syphilis or tuberculosis, will gradually invade every nook and cranny of our patient's body and eventually carry him off in a state of cachexia, despite all the neo-salvarsan and mercury we may pile into him.

The disease is usually divided into two forms, (1) the localized, (2) the generalized. To this should be added (3) an epidermal form.

The localized form:

A veritable sporotrichosic chancre developes slowly throughout an evolution of two or three months. In reality, this clinical chancre is histo-pathologically a nodular gumma. Generally, the site is the face or the hands. On the hands, the extension is through the lymphatics and follows the course of a superficial vein being punctuated by gummata which develope at intervals in its course. A striking characteristic, emphasized by Grüss & others is the frequent absence of glandular involvement. At this stage, the general health is not noticeably affected. In this development it differs from tuberculosis in that the latter process does not constitute a chain of gummata, nor is it limited to any given lymphatic tract. Besides, the ulceration of tuberculosis is

characteristic, the pus is different in appearance, and the bacillus can often be found. Glanders is much more rapid in its course and constitutional symptoms are evoked. But from other mycoses of this nature the diagnosis must be made in laboratory. Grüss explains that the localized form may be readily converted into the generalized form if the blood be contaminated through the chylous duct, or if a vessel is eroded in the vicinity of an infected lymph channel. The opposite is seen when a blood infection sets up a localized form by infection of lymph channels draining a gumma.

The generalized form.

Here we have gummata in any part of the body (and not limited to any one lymphatic tract), visceral lesions, especial orchi-epididymitis, articular lesions, and lesions of the bone.

The original port of entry has been unperceived or forgotten. First, there is a disseminated gummatous eruption which Grüss describes as a non-ulcerating gummatous sporotrichosis of the skin. Nodules appear which are painless, about the size of a pea, and freely moveable under the epidermis and over the underlying fascia. Just as the patient thinks he is going to get well, along comes another crop . These nodules may be noticed only by chance and at the beginning no discoloration occurs. At times they can be revealed only by light palpation. De Beurmann and Gougerot describe them as having the feel of a cherry-stone imbedded in the subcutaneous tissue.

These nodules become slowly larger and form little hemispherical tumors which fuse with the overlying skin and take on a rose-violet or brownish hue. They now become hard and painful and can so remain for a long time. Eventually, the larger ones begin to soften, at first centrally, and become elastic, forming a sort of cold abscess of the skin which is little or not at all painful. Still the general condition remains good. There is no fever. The fluctuating nodule may now open, giving issue to a viscid, semi-transparent pus which is really very characteristic. But the nodule is now only converted into an ulcer which exudes a sero-sanguinolent fluid. Eventually, a crust covers it and on taking up the lesion between thumb and forefinger, it feels like a shallow cup with tough, thick borders.

Histologically, the structure of this gumma can be summed up as follows:

(1) Peripheral zone: round-celled infiltration with many plasmocytes and perivascular nodes.
(2) Intermediary zone: with giant cells and agglomerations of epithelioid cells.
(3) Central zone: with pus, degenerated polymorphonuclear leucocytes and macrophages.

The recognition of the conidia-yeasts in this pus by direct examination is difficult and diagnosis therefrom fallacious, owing to the nuclear rests of leucocytes and fixed cells. The cicatrices left are always smaller and less apparent than those of syphilis.

These gummata are generally more abundant on the trunk, the arms, forearms and thighs. They are rarer on the face, the neck and the hands, and are unusual in the scalp and on the feet.

De Beurmann and Gougerot distinguish sporotrichosis clinically (1) by the character of the gummata, (2) by their multiplicity, (3) by the polymorphism of the

lesions, which are apt to be in all stages of development.

Cachexia only supervenes after a long period in unrecognized cases without proper treatment, and by that time the ultimate points of selection are reached, the testicle and the bones.

In the later stages of disseminated sporotrichosis, the muscles may contain nodules, (even the tongue), and synovites may occur. The involvement of bone takes the form of periostitis, of osseous gummata, of osteomyelitis with spontaneous fracture, of invasion of the small bones of the extremities, even of osteitis of the cranial bones, simulating tertiary syphilis.

Of the joints, the knee is most commonly involved and hydrarthrosis, white tumor, or a syphilitic arthropathy may be counterfeited.

The invasion of the eye and the mucous membranes is a late and rather hopeless stage. When the nasal fossae are attacked syphilis is again mimicked and, were it not for a much longer period of development, American leishmaniasis. Or the larynx may be seat of localization, giving rise to most alarming symptoms, or the pharynx. But throughout all of these manifold excursions of the organism, there is no involvement of the lymphatic glands.

While any viscus may be attacked the testicle is the point of selection. Sporotrichosis of the lung is another phase. The ocular invasions are late and serious, primary in the lid and conjunctivae; secondary, when the eye structure proper is invaded through dissemination by the blood.

Epidermal form.

Of late it has cropped out that the most varied clinical pictures can be drawn by the *Rhinocladium* in the superficial layers of the skin. There really seems to be no end to the dermatologic diseases which sporotrichosis can not affect. Pustular eruptions, furunculosis, pseudo-syphilides, pseudo-lupus vulgaris of face, impetigo, ecthyma, pseudo-tuberculides, pseudo-trichophytia, folliculitis, lichen, onychomycosis, pemphigus, acneiform eruptions and even apparent thrush have been shown to be due to these organisms.

In view of this polymorphism the physicians of San Juan are cordially invited to bring to the mycological laboratory of the School of Tropical Medicine any of such cases as they may desire to follow up by mycologic research but in so doing, please remember that it is desired to personally see the clinical case and to have the culture made in the laboratory where a minimum of danger from comtamination by saprophytes of the air is assured.

PROGNOSIS

Cutaneous, articular and osseous sporotrichosis are relatively easy to cure; the ocular forms are very dangerous as the damage done by the organism is likely to be permanent. When the testicles are involved the case is well advanced.

But the lesions of the mucosa are above all serious and indicate a late stage of the disease. If cachexia is present make a guarded prognosis. Any sporotrichosis when recognized early is easily cured in a couple of months, but no immunity is conferred by one attack. Indeed, any mycosis will sensitize the individual to sporotrichosis. Tuberculosis and sporotrichosis react most unfavorably on each other.

Laboratory Diagnosis.

Do not attempt to find the organism by direct examination of the pus for you probably will not succeed, and if you do succeed in finding a yeast-like form you will not be able to distinguish it from any other yeast. The best method is to find a softened gumma which has not yet opened, withdraw pus under aseptic precautions, using a broad-calibered needle, and sow on a Sabouraud glucose agar slant with from ½ to 1 cc. of pus, letting it trickle down the slant. If the lesion is open, use a sterilized pipette, suck up the fluid, and sow in Gougerot's flask to eliminate bacteria. This flask will contain a triangular glass table-knife rest, a slide on end at each of its three faces, and when sterilized, sterile glucose boullon is introduced to half fill the flask. If this bouillon is inoculated with the suspicious material and placed in an incubator the *Sporotrichum* will grow up on the glass slide and leave the bacteria in the nutrient solution. In the case of a warty lesion, a biopsy should be performed and the specimen ground up in normal salt solution, when the emulsion can be sown as per above. The inoculated tubes should not be stoppered as the organism requires plenty of air and not less than three tubes should be sown. Development of colonies is slow and requires ten days for characteristic sporulating cultures.

These colonies are at first white, afterward brown, and finally chocolate-colored or blackish. The surface is pleated or covered with convolutions. They are surrounded by an aureola of lighter color with fine branching. The microscopic recognition of the organism is based on the fructifications. The mycelia should have bouquets of conidia at the extremities of branches which look like branches from a cherry-tree loaded with fruit. The conidia also are born on the sides of the hypha so that sometimes they encase it like a sleeve. The white rat is the best experimental animal Strangely enough, rabbits inoculated by the marginal vein of the ear often develope only skin lesions.

Serologic diagnosis.

No immunologic data can serve save to lend probability to the diagnosis. Serological reactions are not specific as the simple presence of a yeast or a *Monilia* in the patient's organism will give a positive reaction.

Treatment.

This consists of large doses of iodide (6-8 grms) a day. In tuberculosis such doses are contraindicated. The treatment should be kept up several weeks for the tendency in sporotrichosis is toward relapse.

Un caso raro de Intususcepción

DRES. EDGARDO QUIÑONES Y
JULIO A. SANTOS (*)

Presentamos este caso a vuestra consideración por parecernos interesante su historial clínico, difícil su diagnóstico si carecemos de la ayuda que nos presta el examen radiográfico y rara la lesión patológica descubierta por la operación. Ilustra en esta ocasión el dicho de que "el diagnóstico de las condiciones abdominales muchas veces se hace después de abrir el abdomen".

El historial clínico es el siguiente: Buenaventura Vélez, del barrio de Cotuy San Germán, adulto de 42 años de edad, casado; su historia de familia es negativa. Historia pasada—Saludable desde su niñez, en los últimos cuatro o cinco años tuvo varios ataques de colitis aguda con tenesmo y deyecciones sanguinolentas con mucosidades, pero en los últimos tres o cuatro meses se sentía perfectamente bien.

Historia Presente—El día 17 de enero de 1930, mientras trabajaba en la vía del ferrocarril pasó toda la mañana bien y almorzó con su apetito acostumbrado, viandas, bacalao, y arroz con habichuelas. Tan pronto hubo terminado volvió a sus faenas y a los quince minutos experimentó unos fuertes dolores cólicos en el vientre. No tuvo náuseas ni vómitos A pesar de los dolores continuó su trabajo por el resto del día y volvió el día siguiente que era sábado. Descansó el domingo, y reanudó el trabajo el lunes de la siguiente semana trabajando hasta el jueves. El viernes se trasladó a pie y estuvo a consultarnos y recomendamos un purgante y una poción que según lo manifiesta, no le proporcionó alivio. A principios de febrero el doctor Sanabria le recetó en dos ocasiones, pero tampoco experimentó mejoría. Mientras tanto estaba inapetente, el dolor en el abdomen le repetía frecuentemente y tenía diarreas. Perdía peso y fuerzas y se iba agotando. Su alimentación era entonces leche y café con leche. Si ingería cualquier otro alimento el dolor se acentuaba y dice que sentía acidez en la boca y estómago.

A principios de marzo el doctor Santos le estuvo tratando sin éxito alguno. Este le aconsejó se trasladara al hospital para su mejor tratamiento. Ingresó en marzo 3 del 1930. El examen físico fué negativo excepto por la palidez, pérdida de peso, dolor y rigidez muscular externa en la palpación del abdomen.

Diagnóstico:— No pudiendo hacer un examen radiográfico por carecer de medios para obtenerlo, el diagnóstico de la lesión anatómica era imposible si bien se desprendía de los síntomas que el paciente presentaba una obstrucción intestinal parcial crónica. Resolvimos practicar una laparatomia que nos permitiera encontrar la causa de esta condición y a la vez aplicar el tratamiento quirúrgico adecuado.

Operación: Anestesia general con éter, incisión en la línea media extendiéndose desde el cartílago ensiforme hasta el nivel del ombligo. Abierta la cavidad pe-

(*) Leído en la Asamblea del Distrito de Mayagüez.—Abril 27, 1930.

ritoneal no se encontró lesión patológica en el estómago ni intestino delgado, pero en la región del colom ascendente pudimos determinar una masa blanda forma cilíndrica como de cinco a seis pulgadas de largo y cuatro de diámetro en sus paredes más gruesas. Comprobamos después de un detenido examen que el tumor consistía de una invaginación de ileum, ciego y apendix dentro de la cavidad de colom ascendente constituyendo una intuscepción clasificada como la variedad Ileo-Cólica debido a los cambios patológicos de las paredes intestinales afectadas; engrosamiento, friabilidad y adherencias entre las capas serosas y para no agravar la condición existente, y siendo imposible restituir los segmentos intestinales a su estado normal procedimos una resección de las partes incluídas en la masa del tumor seguida de una anastomosis intestinal "End to End" Ileum y Colom ascendente. Cerramos el abdomen sin drenage y observando un tratamiento Post-Operatorio adecuado, el paciente tuvo una convalescencia sin novedad, abandonando el hospital cinco semanas después de su ingreso completamente aliviado de su mal. Hoy casi dos meses después de operado se siente bien, fuerte y dispuesto a reanudar sus trabajos.

Conclusión: Revisando la literatura de intuscepción encontramos que esta condición es una causa frecuente de obstrucción intestinal pero especialmente en niños. Se divide en cuatro variedades:

Primera—Ileo Cecal, la forma más común, 44% de los casos de invaginación del ileo dentro del ciego.

Segunda—Entérica, invaginación del intestino delgado dentro de su propio lumen.

Tercera—Cólica que se encuentra en cualquier parte del colom.

Cuarta—Ileo Cólica, la forma que nos ocupa, y la más rara y que ocurre en el 8% de los casos; en esta forma el ileum se invagina a través de la válvula ileocecal y durante algún tiempo mantiene esta posición pero más tarde, cuando la intuscepción ha adquirido mayor tamaño se invagina arrastrando el ciego consigo dentro del lumen de colom ascendente.

La producción de esta forma de intuscepción se atribuye a la diferencia del tamaño de las dos partes del intestino en esta situación; a los movimientos peristálsicos del ileum repetido con la válvula ileocecal cerrada firmemente. Si el ciego se mueve libremente como acontece en los niños se produce la forma ileo-cecal, ileo-cólica, pero muchas veces como en este caso, no se puede determinar la causa directa. Puede haber sido precedida por diarreas, purgas severas o fuertes cólicos de indigestión y en algunos casos golpes en el abdomen y tumores del intestino figuran como causas predisponentes.

Los malos efectos de la intususcepción afectan la porción invaginada del intestino con su mesenterio. La capa exterior o vaina puede escapar ilesa aunque a veces puede sufrir gangrena. Todo depende del carácter de la constricción. Si ésta es muy estrecha, la parte interior invaginada pronto se gangrena y desprende. Si cuando la constricción es menos severa como en el presente caso las paredes intestinales afectadas se engrosan y forman adherencias entre las capas cerosas haciendo la reducción imposible pero no produciendo una obstrucción completa dando lugar a una obstrucción crónica parcial. Frecuentemente estos casos se agudizan presentando

todas las características de un caso de obstrucción.

La paredes intestinales más arriba de la obstrucción sufren cambios patológicos debido a la dilatación de las mismas y ulceración de las mucosas.

Tratamiento: Este varía en los casos agudos y crónicos.

En nuestro caso no conocemos otro que pueda suplantar la resección del intestino afectado por ser imposible su reducción y anastomosis del ileom y colom ascendente.

Filariosis en Aguada

DR. CARLOS GONZALEZ.

FILARIOSIS es una enfermedad tropical y subtropical específica, causada por un nematodo endoparásito llamado F. Sanguinis Hominis, que habita especialmente en los linfáticos, transmitida generalmente por la picadura del mosquito hembra Culex Fatigaus.

Hace más de un año vino a Aguada un especialista de las enfermedades tropicales, Dr. F. W. O'Connor, auspiciado por la Universidad de Columbia. Estuvo en mi pueblo tres días consecutivos durante los cuales trabajó incesante y activamente, día y noche, en sus investigaciones científicas. Yo tuve la oportunidad y buena suerte de ayudarle e ir con él a todas partes: tomamos más de cien historiales de personas clínicamente afectadas de esa enfermedad; él tomó más de ciento cincuenta muestras o especímenes de sangre durante las primeras horas de la noche; buscó y pudo atrapar muchos mosquitos los cuales examina. cuidadosamente bajo la lente magnificadora del excelente microscopio que portaba. Hizo, para mi humilde concepto, el doctor O'Connor una hermosa y fecunda labor, intensa y reflexiva en los pocos días que estuvo en mi pueblo haciendo sus investigaciones científicas. ¡Loor a su nombre y memoria!

El resultado o producto de su trabajo efectuado aquí puede sintetizarse en las siguientes afirmaciones o conclusiones.

PRIMERO:—De los cien casos clínicamente positivos, cuyos historiales eran idénticos en su sintomatología y patología microscópica algunos dieron reacción negativa, habiendo ausencia en su sangre de la microfalaria, y esos casos eran casi todos crónicos, avanzados, con la complicación Elefantiasis presente.

SEGUNDO:—De los cincuenta casos sospechosos, vecinos y familiares de los enfermos, veintiseis dieron reacción positiva, encontrándose en su sangre la microfalaria sin que todavía hubiesen presentado síntomas clínicos objetivos apreciables de estar padeciendo de Filariosis.

Este es el estado larval o latente de esta enfermedad.

TERCERO:—La gran mayoría de los casos positivos eran mujeres, especialmente lavanderas, residentes, próximas a aguas estancadas,, pozos y fuentes, y a vecinas infectadas.

CUARTO:—Esta enfermedad incapacita físicamente y disminuye el optimismo espiritual de sus víctimas, hasta ahora casi indefensas.

Los síntomas clínicos y la patología microscópica presentes en nuestros casos

pueden condensarse en los siguientes hallazgos:

1—Edema inicial con rubicundez de los tobillos (maleolo externo o interno) acompañado de poco dolor, transitorio al principio, permanente después, con muy leves indisposiciones somáticas o generales.

2—*Linfangitis,* que partiendo del punto rojo, doloroso, edematoso, asciende por el aspecto interior de la pierna hasta afectar las glándulas linfáticas, inguinales o femorales, produciendo una adenitis aguda.

3.—Estos síntomas o trastornos se reproducen con bastante regularidad o periodicidad cada mes, cada dos o tres meses, cada seis o cada año, haciéndose cada vez más intensos y extensos los síntomas clínicos y la patología, apareciendo para entonces cefalgía insoportable, vómitos y fiebre alta con escalofríos, un estado muy parecido al de malaria o al de la Erisipelas Estreptocóccica.

4.—Para sorpresa de los enfermos éstos a veces orinan sangre (hematuria y un líquido lechoso (quiluria) o ambas sustancias simultáneas (hematoquiluria) o padecen de ascitis en la túnica vaginales testis o en el peritoneo, o padecen de abcesos secundarios purulentos y diarreas quilosas.

5.—Cuando la edema se ha hecho permanente debido a hipertrofia o hiperplasia de los tejidos de las extremidades inferiores o superiores, o cuando ha invadido el escroto tomando éste proporciones extraordinarias o cuando ha aparecido en las mamas, en la vulva o en el cuero cabelludo, ya la enfermedad se ha hecho crónica y muy difícil de curar. En Aguada abundan los casos de Elefantiasis en las extremidades inferiores. También encontramos adenitis crónicas en las regiones axilares e inguinales, producidas por la filaria Sanguinis Hominis.

Para terminar haré mención ligera, sucinta del tratamiento NO ESPECIFICO y SI SINTOMATICO de esta enfermedad. Por conveniencia lo dividiré en

A—Profilático.

B—Curativo.

El tratamiento preventivo consiste de las siguientes reglas higiénicas:

1—Hervir el agua potable.

2—Uso inteligente del mosquitero.

3—Uso apropiado de tela metálica en casas y tapas de depósitos de agua.

4—Evitar las picaduras de mosquitos; no salga en las horas crepusculares.

5—Evitar aguas estancadas cerca de sus viviendas.

6—Uso de larvicidas regularmente, (petróleo).

7—Cambio de residencia a países fríos.

El tratamiento curativo se puede subdividir en *medicinal* y *quirúrgico.*

El medicinal o paliativo consiste en reposo, elevación del órgano o extremidad afectados, aplicaciones frías y sedantes, ungüentos anodinos, antiflogísticos, purgantes, drogas analgésicas, inyecciones sub-cutáneas como fibrolisina y sulfalsenamina (Dr. O'Connor).

Algunas medicinas se han usado intravenosamente con bastante buen resultado tales como preparaciones de hidralgirio, arsénico, tártaro emético, tiosinamina, hectina, etc. De paso mencionaré algunos remedios caseros, vulgares que la terapéutica empírica ha puesto en boga: aceite de comer hervido y sal común aplicados a la parte enferma; aceite de

bruqueno mezclado con pica-pica fritos, aplicados localmente.

El tratamiento quirúrgico, especialmente usado en el estado crónico de la enfermedad como la elefantiasis, consiste de los siguientes procedimientos: vendajes elásticos, incisiones, punturas, excisiones, transplantamientos (cirugía plástica), drenaje, amputación parcial o total, electrolisis, rayos X o roentgen, operaciones de Handley y Kondoleon. Cada uno de estos procedimientos tiene su oportuna aplicación práctica. El buen cirujano escoge cada caso específico para aplicarle el procedimiento adecuado curativo.

¡Ojalá que en un futuro muy próximo se descubra por uno de vosotros un remedio específico que destruya radicalmente el endoparásito, causa única de la FILARIOSIS TROPICAL.

Algunas consideraciones sobre la Cirugía del Bazo (*)

DR. F. R. DE JESUS

Las teorías del funcionamiento del bazo son múltiples y los trabajos de investigación que les sirven de apoyo pueden llenar varios volúmenes. No voy a referirme a ellas para no cansar vuestra atención. Estas investigaciones nos han ayudado muy poco en la orientación de una terapéutica más racional y efectiva de la esplenomegalia.

Recientemente, sinembargo, se han dado pasos de avance indiscutibles hacia un conocimiento más exacto de las funciones de este órgano, con la aportación hecha por las Salas de Operaciones al estudio de la patología viva. No hay duda alguna de que el bazo tiene sus funciones que llevar a cabo en la economía, pero éstas no son esenciales a la vida y cuando es asiento de enfermedad puede como en el caso de las amígdalas, producir serios trastornos en el organismo. Una de sus funciones más importantes parece ser la destrucción de corpúsculos rojos en deterioro y la filtración de substancias tóxicas e infecciosas que van a ser finalmente extinguidas en el hígado.

La experiencia nos demuestra, sinembargo, que una vez activado un proceso patológico de hiperplasia en el bazo, se arraiga en él la tendencia a la cronicidad y continúa en hiperactividad, generalmente pervertida, produciendo en el organismo los síntomas asociados a la esplenomegalia.

Voy a referirme a algunos de los síndromes esplénicos de más importancia quirúrgica:

LA ESPLENOMEGALIA PRIMARIA CON ANEMIA O ANEMIA ESPLENICA

Esta es una afección probablemente de origen infeccioso, originándola también con frecuencia la sífilis y la malaria que produce en el bazo una fibrosis avanzada, dilatación de los bazos sanguíneos y proliferación del endotelio. La enfermedad es muy crónica y causa una anemia del tipo clorótico, acompañada de leucopenia. Un síntoma importante es el de las hemorragias, sobre todo de origen gastro-intestinal. La misma infección que produce estos trastornos conocidos por anemia

(*) Leído en la Asamblea de Ponce el día 8 de Junio de 1930.

esplénica ataca más tarde el hígado por la vena porta, produciendo la cirrosis hepática, seguida de ascitis y formando el cuadro clínico que siempre hemos conocido por el nombre de enfermedad de Banti.

El tratamiento racional de esta enfermedad es la esplenectomia.

La medicina mejora poco estos pacientes, mientras que el porcentaje de curaciones que sigue a la estirpación del bazo es muy alto, sobre todo si se actúa temprano.

SEUDOLEUCEMIA INFANTUM O ENFERMEDAD DE VON JAKSCH

Esta afección ocurre generalmente en niños menores de dos años y es de causa desconocida, aunque se supone que la sífilis y el raquitismo son factores en su producción. El bazo aumenta grandemente de volúmen, hay ligera ictericia y los síntomas de una anemia secundaria. Generalmente no hay fiebre. Los leucositos suben hasta 50,000 por mmc. a veces y se encuentra un número considerable de mielocitos en la sangre. Aunque la afección es rara y se han operado pocos casos de esta enfermedad, los resultados obtenidos con la esplenectomía han sido buenos.

ENFERMEDAD DE GAUCHER

Esta es una enfermedad de niños también rara y se encuentra con frecuencia varios casos en la misma familia. Aparece en la niñez y se cree que en realidad es de origen congénito. Su síntoma principal es el crecimiento progresivo del bazo hasta adquirir tamaños enormes. El hígado también aumenta de volúmen, pero nunca como el bazo y la anemia que es el tipo clorótico, raras veces es muy marcada. Un síntoma característico es la leucopenia. La causa de la esplenomegalia en estos casos es un endotelomia maligno primario del bazo. La esplenectomía ha mejorado considerablemente algunos de estos casos y curados radicalmente otros.

ICTERICIA HEMOLITICA

Esta es una afección de causa desconocida. Se describen dos formas: La congénita o enfermedad de Minkouski, que tiene origen en la infancia y que afecta con frecuencia varios miembros de la misma familia y la forma adquirida descrita por Hayem y Widal. La congénita es muy crónica y de sintomatología más leve. La adquirida se desarrolla más tarde en la vida y es más grave sufriendo el paciente una anemia y debilidad más intensas.

Estos pacientes tienen un hígado muy grande, ictericia acolúrica, anemia y sufren crisis durante las cuales la hinchazón del bazo e hígado se acentúan, tienen fiebre durante varios días y vuelven luego nuevamente a su curso crónico. Estos pacientes pueden vivir así muchos años muriendo de anemia o de cualquier enfermedad intercurrente. La característica del ictero hemolítico es que la ictericia no es del tipo obstructivo. Las heces tienen color normal y la orina no contiene bilis, aunque si los pigmentos derivados de la destrucción cuantiosa de los corpúsculos rojos. De esta destrucción es que se deriva la ictericia.

Esta afección, al igual que la anemia esplénica, ha caído de lleno bajo el dominio de la cirugía. De 47 casos estudiados por Kanavel y Elliott y que fueron esplenectomizados, solamente dos murieron. Uno poco después de la operación y el otro seis semanas más tarde a conse-

cuencia de sepsis. Esta mortalidad es muy baja si se tiene en cuenta la condición tan seria de muchos de los casos. De 51 casos operados en la Clínica Mayo murieron tres, siendo solamente una atribuíble a la operación.

Los resultados de la esplenectomía en esta afección son tan rápidos como seguros. Una ictericia que tal vez ha durado toda la vida desaparece por completo en pocos días, recobrando el paciente su salud de manera permanente.

PURPURA HEMORRAGICA

"Conocida también por enfermedad de Werlhof."

Existen algunas formas graves de púrpara acompañadas de esplenomegalia. La enfermedad se presenta frecuentemente en personas jóvenes y delicadas, pero a veces ataca también a personas en pleno vigor. Después de varios días de malestar empiezan a aparecer manchas purpurias debajo de la piel en distintas partes del cuerpo y hemorragias de la nariz, encías, hematuria y hemoptisis. La muerte sucede por anemia aguda o hemorragia cerebral. El bazo ejerce una acción destructora sobre las plaquetas de la sangre. El número normal de éstas es de 225 a 300,000 por mmc. Cuando estas bajan de 40,000 la sangre también coagula, pero el tiempo que dilata en coagular aumenta grandemente. Esto es lo que ocurre en las púrpuras, bajando las plaquetas hasta 10,000 por mmc. muchas veces.

En los casos graves de púrpura la esplenectomía cura radicalmente. Muchos de estos casos son operados en los hospitales de los Estados Unidos con la urgencia de una apendicitis aguda, parando la hemorragia por completo seguido después de la operación.

La esplenectomía mejora notablemente algunos casos de anemia perniciosa y alarga la vida de otros, pero el notable avance que se ha hecho en el tratamiento médico de esta enfermedad recientemente la ha hecho caer mucho en desuso. En casos de leucemia esplénica la esplenectomía tiene también un valor paliativo notable acompañada del radio.

Voy a someter a vuestra consideración seis casos que he esplenectomizado en un período relativamente corto de tiempo:

Primer caso. M. F.—Hombre de 43 años de edad, ocupación mecánico, robusto y de muy buen color, con antecedentes patológicos negativos, exceptuando dos ataques de paludismo que ha sufrido en los últimos cuatro años. Se queja de fuerte dolor en el vientre y abultamiento de esa región, síntomas que han ido aumentando durante los últimos dos años de tal manera que no le dejan trabajar.

Un exámen general es negativo, con la excepción del abdómen que revela una tumoración enorme ocupando casi todo el lado izquierdo de esta cavidad y que coge parte del derecho. El hígado está algo recrecido pero no existe cantidad apreciable de líquido en el vientre. Los ganglios submaxilares, de la axila y la ingle están ligeramente infartados.

Presión arterial 130/70. Orina negativa. Reacción Wassermann y exámen de la sangre para malaria negativos. Hemoglobina 90%. Corpúsculos rojos 4,500,000. Leucositos 9,000. Polys 60%. Linfositos 38%. Eo. 2%.

El paciente permaneció un mes en el hospital bajo tratamiento antisifilítico y antipalúdico sin mejoramiento alguno de sus síntomas. Durante este tiempo no tuvo reacción febril de importancia.

Practiqué la esplenectomía ayudado por mi distinguido compañero el Dr. La-

nauzze. No se encontraron adherencias, lo que hizo la operación algo más fácil apesar de lo voluminoso del órgano. No había líquido dentro de la cavidad abdominal y el resto de los órganos estaban aparentemente en estado normal. El paciente resistió perfectamente la opración, extrayéndosele un bazo que pesó dos kilos y medio. El exámen histológico demostró una proliferación del tejido esplénico con fibrosis extensa y congestión pasiva.

De esta operación hace ya varios años y el paciente lo he visto en distintas ocasiones encontrándose en perfecto estado de salud.

Segundo caso. C. D.—Muchacho de trece años de edad que viene quejándose de dolor en el lado izquierdo en la espalda, que irradia hacia adelante desde hace alrededor de tres años. No ha tenido náuseas o vómitos. Sus familiares le han notado un bulto en el vientre y lo han sentido febril a veces. El paciente ha padecido de un ataque de "reumatismo" hace cuatro años y tuvo el "tifus" hace dos años. Este muchacho era pálido, algo caquéctico y presentaba un tumor lobulado del cuadrante superior izquierdo que era movible. El resto del exámen físico fué negativo.

Examen de la sangre para Wasserman y malaria negativos. Hemoglobina 55%, corpúsculos blancos 8,400. Orina negativa. Su estadía en el hospital antes de la operación fué afebril.

Se hizo una exploración abdominal sin haber acordado un diagnóstico y se encontró un bazo lubulado acompañado de una cantidad bastante grande de un líquido rojizo esparcido dentro del vientre. Se estirpó el tumor y al cortarse aparecieron varios quistes. No se hizo examen histológico. El paciente salió del hospital en bastante buen estado a los dos meses de la operación y no he sabido nada de él.

Tercer caso. J. M.—Hombre de 23 años ingresó en el hospital en octubre 16 de 1924 quejándose de mucha debilidad, palidez e hinchazón. Antecedentes de familia sin importancia. Tuvo pulmonía hace seis años y paludismo hace cuatro años. Se siente mal desde hace alrededor de dos años y dice que ha tenido varios ataques de bilis acompañados de ictericia. Evacuó alrededor de una cuarta de sangre hace seis meses.

Al examinar este paciente encontramos un hombre joven, de piel amarillenta, pálido y con las piernas recrecidas. Los dientes en muy mal estado. Tónsiles atróficos. No había recrecimiento ganglionar acentuado. Pulmones negativos. soplo sistólico precordial. Presión arterial 105|60.

Exámen abdominal.—Abdómen protuberante, bazo recrecido extendiéndose cinco dedos más abajo del margen costal y fácilmente movible. No pudo palparse el hígado. Había una cantidad apreciable de líquido en el vientre.

Exámen de la orina demostró trazas de albúmina. Sedimento normal. Wasserman un plus. Malaria negativo. Corpúsculos rojos 1,700,000. Hemoglobina 40%. Corpúsculos blancos 5,600. Polinucliares 56%. *Parásitos itestinales.*—Uncinaria negativo. Triquiuria Positivo.

El paciente permaneció alrededor de dos meses y medio en el hospital, habiendo mejorado poco bajo tratamiento medicinal. Se le hizo entonces una transfusión de sangre que mejoró bastante su estado general y se practicó varios días después una laparatomía. Al abrirse el vientre encontramos una cantidad grande de

líquido, el hígado algo contraído, vesícula biliar con algunas adherencias y sin cálculos. El bazo muy grande, que le fué extirpado. Costó bastante trabajo extraerlo pues estaba adherido por varios sitios a la pared y tenía un pedículo corto. La hemorragia fué grande y el paciente sufrió un "shock" de larga duración. El enfermo salió del hospital dos meses más tarde y fué visto un año después. Había ganado 15 libras de peso y se sentía fuerte y bien. Se hizo un examen de la sangre con el siguiente resultado:

Corpúsculos rojos 3,200,000, hemoglobina 74%. De esto hace ya cuatro años y no he vuelto a ver más al paciente.

Cuarto caso. M. C.—Mujer de 45 años de edad, ingresó en el hospital el día 2 de febrero de 1929 quejándose de un tumor en el vientre, gran palidez y debilidad, síntomas que sufre desde hace más de siete años. No ha tenido otras enfermedades ni ha sufrido traumatismos de importancia. Antecedentes hereditarios sin importancia. Ha tenido doce hijos, seis de ellos vivos y en buena salud.

El exámen revela una mujer delgada y muy pálida de 45 años de edad. Tórax negativo. En el vientre se encuentra un tumor muy grande que tiene la configuración del bazo, está prolapsado y puede moverse por casi todo el vientre. Exámen de orina negativa, Wasserman negativo y malaria negativa. Heces fecales negativo. Corpúsculos blancos 7,600. Diferencial 69% de polinucleares. Corpúsculos rojos 2,500,000 y 40% de hemoglobina.

Se hizo una transfusión de sangre el día 16 de abril que fué seguida de una reacción fuerte. Los corpúsculos rojos aumentaron a 4,016,000 y hemoglobina 55%.

Practiqué la esplenectomía el día 30 de abril de 1929 ayudado por mis compañeros los Doctores Peña y Ferraioli. Esta se hizo muy fácil por no haber adherencias y ser el pedículo muy largo. Hizo una convalescencia rápida. La enferma fué vista ocho meses más tarde y había ganado nueve libras en peso sintiéndose ágil y fuerte. El exámen de la sangre entonces fué como sigue:

Hemoglobina 75%. Corpúsculos rojos 4,400,000.

Quinto caso. F. A.—Hombre de 23 años, color blanco. Vino a mi oficina en agosto 10 de 1929. Se queja del bazo hinchado desde hace 12 años y últimamente le molestan las fiebres, no pudiendo trabajar por la gran debilidad y fatiga. Dice que ha sufrido de paludismo, influenza, sarampión y "tabardillo" habiendo sido víctima de distintos traumatismos. No tiene vicios grandes. Padres y dos hermanos se encuentran vivos y bien.

Dos hermanos murieron sin saberse de qué.

Al examinarle le encontramos muy pálido, ganglios inguinales ligeramente infartados. Tiene algunos estertores secos en la base izquierda del pulmón. Pulmón derecho normal y corazón normal con un ligero soplo hímico.

El bazo está enormemente hipertrofiado llegando hasta la fosa iliaca derecha. No hay signos físicos de líquido en el vientre. El exámen de sangre para malaria fué negativo, pero a pesar de esto sometí al enfermo a un tratamiento intenso anti-palúdico durante cerca de dos meses sin lograr mejorarlo y el día 21 de octubre ingresó en el Hospital Tricoche en muy mal estado de salud. Se le hicieron al llegar varios exámenes de la sangre que dieron el siguiente resultado:

Malaria negativo. Wasserman negativo. Widal negativo. Células Blancas 7,000. Polinucleares 56%. Linfositos grandes 24%. Pequeños 18% y Eosinófilos 2%. Albúmina positivo. Sedimento normal. Parásitos intestinales, negativo.

En noviembre primero la orina fué negativa, aplicándose entonces varias inyecciones de Neo-sarvarsan.

El exámen de la sangre practicado en noviembre 16 de 1929 dió el siguiente resultado:

Glóbulos rojos 1,680,000. Hemoglobina 40%. No había células abnormales. La fiebre durante todo este tiempo fué remitente llegando hasta 38° alguna que otra vez.

En diciembre 16 se le hizo una transfusión de sangre operándose cinco días más tarde. Practiqué la esplenectomía ayudado por los Doctores Graulau y Dávila. El paciente fué dado de alta el día seis de enero habiendo mejorado notablemente. El día 4 de abril de 1930 le ví por última vez y se encontraba perfectamente bien trabajando. Tenía excelente color y no se hizo exámen de sangre.

Sexto caso.—El paciente E. A. de 21 años de edad fué conducido al Hospital Tricoche en la noche del 24 de marzo del 1930. Se trataba de un preso que había sufrido dos heridas de balas y que acompañaba el Dr. Yordán. Una de ellas era aparentemente superficial con orificio de entrada en la región lumbar izquierda y salida en la hipocondríaca del mismo lado. La otra bala penetró por la región epigástrica y se alojó detrás de la piel de la región lumbar izquierda. Esta sin duda había interesado estructuras intra-abdominales importantes. Había una cantidad de líquido apreciable en el vientre.

Practiqué una laparatomía ayudado por los doctores Lanauzze y Benítez, encontrándose sangre en gran cantidad y alimentos regados en el vientre. Una hemorragia rutilante salía del bazo que fué atravesado de polo a polo por la bala. Se practicó la esplenectomía y siguiendo la exploración abdominal encontramos una perforación de la pared anterior al estómago que fué cerrada. Nos dirigimos entonces a la cara posterior del estómago atravesando el ligamento gastrocólico y encontramos otra apertura que fué también cerrada. Dejamos un tubo de desagüe en la retro-cavidad y otro en la cavidad mayor. El paciente hizo una convalescencia bastante rápida habiéndosele devuelto al Dr. Yordán a la Cárcel en buen estado de salud.

Lo que he estudiado sobre la esplenomegalia y mi experiencia personal en el tratamiento de estos casos me hace llegar al las siguientes conclusiones:

Primero, que en la gran mayoría de estos síndromes esplénicos, el tratamiento médico ofrece solo un alivio transitorio y que la esplenectomía cura radicalmente muchos casos y mejora notablemente otros.

Segundo. La esplenectomía es una operación de técnica relativamente fácil para los que tienen experiencia quirúrgica abdominal y puede ser muy difícil en otros, aún para los más expertos.

Tercero. La generalización de las transfusiones de sangre han contribuído notablemente a la mejor preparación de estos casos y al mayor éxito de la operación.

Mastoiditis Latente con Necrosis Osea

DR. AGUSTIN R. LAUGIER (*)

Deseando contribuir con mi humilde cooperación en estas asambleas que realiza nuestra Asociación, al estudio de nuestros problemas médico-quirúrgicos, presento este caso que por su originalidad considero de interés a la profesión. Considero de interés porque el paciente a quien me voy a referir, durante muchos años pasó por una serie de trastornos mastoideos sin presentar síntomas y signos característicos de mastoiditis o trastornos auditivos, del oído medio, o de la membrana timpánica, hasta que últimamente por una radiografía, la historia y signos físicos determinamos operar el caso.

La invasión del proceso purulento hasta las células mastoídeas, es una complicación frecuente de las supuraciones agudas o crónicas de la caja timpánica, del ático y del antro, defectuoso en el desagüe del pus. Una vez este pus llega a las cédulas mastoídeas, invade algunas de ellas que lo absorven y el caso cura aparentemente; en otros se abre paso por la parte extensa de la apófisis, dando lugar al absceso mastoideo clásico; en otros destruye todas las células, sigue su curso, perfora las paredes posteriores y penetra en la cavidad craneana o invade el seno lateral engendrando una trombo-flebitis y la piohemia consiguiente, de terminación mortal. En todos, o mejor la inmensa mayoría, hay historia de supuración del oído, pero en el que presento en esta asamblea no hubo nunca síntomas y signos mastoídeos en el pasado.

Se sabe generalmente que la infección en casos de mastoiditis viene de la nasofaringe a través de la trompa de Eustaquio. El oído medio puede afectarse de una manera ligera, y el acceso a las células mastoídeas se gana a través del ático y el antro sin dejar medios de drenaje a las células infectadas; sin embargo si la infección es en el oído medio hay suficiente drenaje al exterior por la trompa de Eustaquio, y una infección en el oído puede existir sin causar dolor, fiebre, trastornos auditivos, pesadez u otras molestias, comprobado en centenares de casos en los distintos hospitales del mundo al hacer la autopsia para determinar causas de su muerte, tanto en niños como en adultos. Las mastoiditis que no envuelven el oído medio no deben confundirse con aquellas de origen supurado, en cuyos casos hay sordera y algunas veces dolor sin pus espontáneo, estando la membrana timpánica sin cono de luz o brillo, retraída o abultada y cuando se hace una trepanación sale pus, pero en aquellos casos en que no está envuelto el oído medio, la meringotomía no saca pus.

En la Clínica de los hermanos Mayo en Rochester, Minn., el Dr. B. E. Hempstead reporta 500 casos operados, todos habían tenido infección del oído medio y para este mismo tiempo encontraron seis mastoides operados en los cuales no estaba afectado el oído medio. Dabney en 1915 reportó dos casos sin afectar el oído medio por nódulos linfáticos tuberculosos, infectados a su vez por las amígdalas. Desde entonces se han reportado 32 casos en la literatura Inglesa y Americana, aunque no de manera clara. Welton, en 1915, reportó un caso en el cual los signos mastoideos estaban presentes. Broder, en 1915, reportó un caso en un infante de

(*) Leído en Cayey (asamblea de Guayama) —Marzo 9, 1930.

3 meses de edad con un absceso subperiosteal; la meringotomía fué hecha sin obtener pus. El niño recibió fuerte trauma directo al mastoide una semana previa, y se creyó que una osteomielitis siguió al accidente. El mismo Broder informa un caso de un niño de 7 años con un absceso subperiosteal, la membrana timpánica estando normal, pero había alguna sordera y la operación reveló una necrosis extensiva del mastoide. También en 1916 reportó un caso, de un paciente paralítico por diez años el cual se quejó de dolor detrás del oído. Comprobado con una radiografía, el paciente fué operado encontrándose una inflamación e infiltración crónica granulomatosa con un líquido obscuro. El paciente en poco tiempo ganó 20 libras.

En 1917, Somerchein, informó sobre un paciente de 34 años de edad, que se quejaba de trastornos catarrales nasales y dolor detrás del oído; no había sordera ni trastornos mastoídeos aparentes; dos veces se le hizo una meringotomía sin resultado. Al mes después, apareció inflamación y abultamiento de la región mastoídea y la operación comprobó una gran destrucción de sus células mastoídeas.

Long, en 1917, reportó un caso en una niña de doce años quejándose de fuertes escalofríos, fiebre, postración y dolor en el oído izquierdo. Dos semanas previas había tenido un ataque gripal, la membrana timpánica estaba roja e inflamada, y una incisión no descubrió pus alguno. En la operación se encontró necrosis avanzada de sus cédulas mastoídeas con flebitis del seno lateral. Dulaney en 1918, reportó un caso de mastoiditis, sin haber afectado el oído medio.

En el año 1919, Knight, West, Kerrison y Freisuer reportaron casos similares con trastornos mastoídeos definidos, graves y sin infección del oído medio.

Glogan, en el 1921, informa sobre un absceso perisenal y trasdural, operado y curado radicalmente. El cree que la mastoiditis primaria es una entidad clínica nosológica y que la infección pasa a través del oído medio sin encontrar condiciones favorables para su desarrollo y estado. El ático pobremente regado de circulación permite que la infección pase al antro y la inflamación cierre la comunicación con el oído medio. Scott, informa que él reportó dos casos de abscesos extradurales, en los cuales la audición estaba perfecta y sus membranas timpánicas normales. Taylor, en 1921, reportó un caso de mastoiditis atípica siguiendo una estafilococcemia, originada por la circulación siendo un proceso muy raro. Ballance, en 1921, informó de un niño que murió de septicemia tres semanas después de una operación de labio leporino, revelando en la autopsia una destrucción de la parte petrosa del temporal y células mastoídeas con supuración de los senos nasales. Los oídos fueron examinados repetidamente durante su enfermedad. Hayhes, en 1923, informa de un niño de 13 años, de edad, con mastoiditis, el cual aparentemente curó sin operación, más 18 meses después fué necesario operarlo, creyendo él que nuevamente surgiera el viejo trastorno mastoídeo. Wagers, en 1924, reportó tres casos en niños de pocos meses con absceso subperiosteal mastoídeo sin lesiones en la caja timpánica; paracentesis negativa.

Diehl en 1924, informa de un paciente que se quejaba de fuerte catarro nasal, sin dolor en el oído derecho, supuración o cambios algunos en la membrana timpánica; poco después se quejó de dolor intenso en el oído derecho. Los rayos X demostraron destrucción de las células mastoídeas con absceso epidural por lo que fué operado; examinando la

secreción se encontraron pneumococcus.

Podemos afirmar, relatados los anteriores casos y del paciente a quien me voy a referir; que existen mastoiditis latentes, por cierto los más graves sin ser diagnosticadas sin que por desgracia exista un signo verdadero para diagnosticarlas con certeza siendo sin duda el factor principal de tantas complicaciones cerebrales en el caso de cualquier enfermedad en niños y adultos causantes de su muerte.

Historial Clínico. — El paciente señor G. M. G. de esta ciudad, 55 años de edad, alto, delgado, aparentemente de buena salud fué referido por un compañero de un intenso dolor en el oído izquierdo y fiebre, después de un reciente ataque de influenza. Nunca había tenido supuración por el oído izquierdo, trastornos auditivos ni dolor en el mastoide, aunque en el pasado había sufrido de trastornos dentales, dolores de cabeza, catarros nasales y dolores al corazón, por los que estuvo bajo tratamiento de un competente especialista de esta ciudad. Durante los últimos años se ha quejado de cefáleas supra-orbitales, y trastornos naso bronquiales. **Fué visto por un oculista quien le prescribió cristales para ver de cerca. Examinada su sangre para Wassermann repetidas veces fué siempre negativa, así como su orina. Hace próximamente** seis años tuvo que guardar cama por trastornos cardiacos considerándose un factor etiológico el excesivo uso del tabaco y trastornos dentales, por cuyos motivos dejó de fumar y arregló su dentadura con dientes postizos. En los últimos años no ha vuelto a guardar cama sintiendo solamente cefáleas intermitentes atribuídos muchas veces como síntomas gastro-hepáticos.

En el examen físico local encontré un abultamiento convexo de la pared postero-superior del conducto auditivo extenso en sus dos tercios internos ocluyendo casi la membrana timpánica, que estaba roja, abultada; dolor al hacer presión en la punta del mastoide, pero sin infiltración o edema alguno retro-auricular en la región mastoídea afectada, ligero proceso febril. Obstrucción purulo catarral en ambas fosas nasales especialmente en la izquierda en su parte alta, con dolor al hacer presión en la parte interna de los senos frontales, abundante secreción muco-catarral naso-faríngea; amígdalas pequeñas, fibrosas; granulaciones faríngeas. Dentadura—caja dientes postizos en su parte superior; posible principio de piorrea en su dentadura inferior. Examen serológico de sangre. Reacción de Wassermann y técnica de Noguchi, negativos Análisis de orina—prácticamente negativo. Examen sangre: lencocitos 14,600 **y el diferencial 85% polys — Rayos X—** Marcada opacidad en la región mastoídea izquierda con procesos destructivos demostrando un caso avanzado grave. Nariz—sinositis crónica bilateral etmoide frontal. El paciente fué operado el mismo día con anestesia general ayudado por los Drs. Ramón M. Suárez y Rafael Martínez Alvarez en el Hospital Mimiya de Santurce. La incisión usual de mastoide fué hecha encontrándose perforación y destrucción completa de todas las células con secreción espesa-gelatinosa en su parte posterior y punta mastoídea y pus amarillento cerca del antro. Todas las células fueron removidas haciéndose comunicación amplia con el antro. La membrana timpánica fué incindida saliendo secreción sanguinolenta. Examen del pus reveló estafilococos. El paciente fué dado de alta del hospital a las dos semanas con la herida mastoídea completamente cerrada, siguiéndose un tratamiento local nasal y del oído medio, curando radicalmente. **Los dolores de cabeza intensos del pasado no han re-aparecido y su estado general es excelente a pesar de su** avanzada edad.

Algunas consideraciones sobre el tratamiento de las Hemorroides (*)

DR. ANTONIO REYES.

Distinguidos médicos y estimados compañeros: Abrióse esta sesión bajo los auspicios del Dr. Font con el propósito altruista de contribuir al bienestar común con las luces que pudieran producirse en las doctas disertaciones de esta cultísima asamblea médica y aprovecho la ocasión para dar las gracias al compañero por la cortesía que tuvo al invitarme a colaborar con esta pequeña aportación que aunque no es nada nuevo para ustedes conviene sinembargo recordar.

El tópico sobre el cual vamos a hablar presenta ciertas dificultades puesto que la mayoría de los enfermos por un sentimiento falso de pudor no acuden con prontitud a remediar sus males prefiriendo sufrirlos con una resignación que es en extremo perjudicial a su salud y solamente cuando ya los avances del mal son insoportables se someten a un examen y reconocimiento a manos de un proctólogo o cirujano a quien no queda otra alternativa que operarles.

De poco tiempo acá debido a la última obra publicada por el Dr. Montague titulada "El tratamiento moderno de las hemorroides" y al entusiasmo que ha levantado entre la clase médica esta cuestión se ha puesto muy en boga el tratamiento hecho por medio de las inyecciones esclerosantes tales como "Quinina y Urea", "Fenol" y otras soluciones.

Pero he aquí que un método que bien aplicado en ciertos casos (y quiero hacer constar que tiene sus indicaciones precisas) es insuperable resulta un ruidoso fracaso al levarse a la práctica debido a que muchos médicos al aplicarlo no lo hacen en casos especiales.

Repasando las condiciones clínicas en que se dividen las hemorroides vemos lo siguiente:

Hemorroides externas.—Que las hemorroides externas ocurren con menos frecuencia que las internas siendo más fáciles de tratar por ser más accesibles puesto que se encuentran al margen del ano. Encontramos que en muchos casos ocurren simultáneamente las internas y las externas o que estas son tan grandes que en su totalidad están casi enteramente cubiertas por mucosa. Clínicamente se dividen en el tipo *Venoso y Cutáneo.* El venoso se subdivide a su vez en:

1o.—Trombótico.
2o.—Varicoso.

El cutáneo en:—

1o.—Redundante.
2o.—Hipertrófico.

Tipo trombótico.—La hemorroide trombótica aparece súbitamente con dolor agudo y molestias alrededor del ano, dura varios días desapareciendo con la misma rapidez con que hizo su aparición.

Existe una divergencia de opiniones en cuanto a la patología de las hemorroides trombóticas; algunos autores creen que

(*) Leído en Cayey (asamblea de Guayama) —Marzo 9, 1930.

el coágulo se forma dentro de la vena mientras que otros creen que se forma fuera de ella sinembargo "Tuttle, Gant y Prat" en los estudios que han hecho en cuanto a este particular han podido comprobar que el coágulo se forma indistintamente dentro o fuera de la vena y que otras veces las venas hemorroidales o un ramo se rompen produciendo el coágulo fuera de ella. El argumento que aportan algunos en contra de esta idea es que no creen que la vena pueda distenderse lo suficiente para acomodar el coágulo que requiere la distensión de algunas hemorroides trombóticas.

Las hemorroides recién formadas tienen un color violáceo oscuro y dan la sensación al tacto de una uva o bala de debajo de la piel, son duras, firmes, muy sensibles y sus tamaños aumentan o forman nuevos tumores a menos que la hemorragia no se arreste. Algunos trombos empiezan a reabsorverse después de 48 horas desaparecinedo totalmente en dos o tres semanas a menos que éstas no se infecten en cuyo caso origina abscesos o fístulas. Los coágulos pueden organizarse o clasificarse formando un cuerpo extraño molesto debajo de la piel que hay que remover.

Tipo varicoso.—Esta condición se encuentra en niños, adultos y ancianos, se desarrolla paulatinamente y está con frecuencia asociada a una procedencia rectal de mayor o menor grado. Sintomáticamente proporciona pocos trastornos siendo el principal una sensación de repletud en el ano durante las evacuaciones; contienen poco tejido conectivo y las venas aparecen dilatadas o saculadas y tortuosas alrededor del margen del ano, desapareciendo cuando el enfermo asume una posición decúbita, y suelen descubrirse solamente por casualidad al practicarse un examen rectal puesto que no le ocasionan ningún síntoma al enfermo.

Tipo cutáneo. — Redundante: Componiéndose principalmente de tejido conectivo están situadas alrededor de la región ano-cutánea, son pediculadas y están desprovistas de los elementos vasculares que caracterizan las trombóticas y varicosas; pueden ser simples o múltiples y tienen el mismo tinte que el de la piel de la región ano-cutánea variando éste si se encuentran en un estado inflamatorio.

Hipertrófico.—El tipo hipertrófico. Se llama así al cutáneo redundante que está bajo la acción inflamatoria o en el cual han ocurrido cambios patológicos de hipertrofia.

Todos estos tipos de hemorroides se pueden dividir en otras modalidades según su localización, síntomas, duración, curso, evolución, etc., etc., de aquí que decimos que existe un tipo trombótico agudo o crónico, inflamado, fistuloso o supurado, con o sin dolor con esfinter-espasmo o esfinteralgia, con ambos o pruriginoso.

Decimos del varicoso, que es agudo, proporcionando los mismos síntomas y fenómenos que la antedicha condición o careciendo de ellos.

El tipo cutáneo o redundante como se ha dicho antes, no causa síntomas ningunos, ni molestias a menos que no pase a un estado inflamatorio o hipertrófico en cuyo caso se evidencian los fenómenos inflamatorios en mayor o menor grado, con dolor o prurito siendo éstos más marcados si están acompañados de ulceración o gangrena o de una esfinteralgia o esfinterespasmo.

Los síntomas y trastornos que causan las hemorroides varían según el temperamento del individuo que las sufra, algunas personas exageran los síntomas y en ellas dan origen a una multitud de sínto-

mas inexplicables los cuales desaparecen tan pronto como el enfermo atiende su padecimiento rectal.

Hemorroides internas.—De las hemorroides internas diremos muy poco siendo su patología y sintomatología casi igual a la de las externas con muy pocas variantes. Ocurren más arriba de las columnas de Morgagni pero nunca invaden la ampolla rectal, están cubiertas de mucosa en su totalidad y debe tenerse especial cuidado al diagnosticarlas puesto que a veces el plexus venoso que al practicarse la anoscopía aparece tortuoso está enteramente normal. Se ven proyectar pequeñas areas azuladas de tamaño mayor que el de una munición número 3 y no debe esto considerarse como una condición patológica a menos que no estén saculadas y recrecidas y su tamaño mayor que el de un guisante en cuyo caso habrá cambios en el color de la mucosa tendientes a indicar la existencia de una condición patológica con los síntomas acompañantes de estas condiciones.

Las hemorroides internas pueden ser simples, agudas o crónicas, o complicadas y según su patología y sintomatología se dividen en:

6o.—Infectadas o fistulosas

1o.—Sangrantes

2o.—Ulceradas

3o.—Varicosas

4o.—Trombóticas

5o.—Prolapsadas

6o.—Infectadas o fistulosas

7o.—Mixtas

8o.—Estranguladas

Ocasionan los síntomas de dolor, ardor, escozor, esfinter-espasmo, esfinteralgia, hemorragia, anemia o cachexia, supuración, y síntomas nerviosos y trastornos generales según el grado patológico en que se encuentren.

Las hemorroides internas van creciendo gradualmente debido a los esfuerzos que se hace al evacuar y al hecho de que las venas hemorroidales carecen de válvulas y se encuentran en un estado de congestión pasiva, van arrastrando consigo la mucosa hasta alcanzar un tamaño bastante grande, para prolapsarse creando así la hemorroide prolapsada, la cual debido a los esfuerzos de las contracciones esfintéricas se estrangulan. En los casos en que ésto ocurra es posible ya con la ayuda de un hipnótico o anestesia reducirlas pero con frecuencia ocurre que tan pronto el enfermo hace un esfuerzo el prolapso se repite; esto se debe evitar operando al enfermo antes de que se llegue a estas condiciones.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ALGUNAS CONDICIONES RECTALES:

— T A B L A —

Edad: *Hemorroides*	*Prolapso rectal*	*Pólipos*
1—Edad 25 años y más	Cualquier edad, niños especialmente	Todas las edades
2—tamaño: pequeño	Muy grande	Grande o pequeño
3—forma: ovalado o múltiple	Piriforme o cónico	Multiforme
4—número: una o más	única	Uno o múltiple
5—color: violáceo oscuro	rojo oscuro	Color de mucosa
6—hemorragia: Sí	No	Rara
7—flujo: ?	Mucoso	Mucoso
8—abertura: No	Como fisuras y en el centro	No.
9—pedículos: Segmentados	Incluye circunferencia entera del intestino	Sí.
10—Prolapso: Puede haberlo	Siempre después de defecar	Rara vez
11—Restitución: Sí	Rara vez	A veces.
12—Revelado por: Examen interno o externo	Examen ext.	Ext. int.
13—Dolor cuando están ulceradas	Sensación de dolor y tenesmo	Sensación de cuerpo extraño.

RESUMEN:

Antes de terminar quiero decir que cada tipo tiene un tratamiento distinto siendo un error querer tratar a todas estas condiciones con el mismo. Unas requieren operación por ligadura u operación radical de White Head; otras necesitan termo-cauterio, electro-coagulación o el método de inyecciones siendo éste por excelencia en los casos sangrantes de hemorroides internas simples. No he querido extenderme sobre la etiología y el tratamiento de estas afecciones puesto que estoy preparando unos cuantos artículos sobre este particular para las próximas asambleas.

LA SIFILIS EN PUERTO RICO
SU INCIDENCIA

Por AMERICO SERRA
(Del Laboratorio Biológico de Ponce y de la Escuela de Medicina Tropical, de San Juan.)

Se toma por cosa establecida que la incidencia de la sífilis es de dos a tres veces más alta en los trópicos que en la zona templada. Desde el punto de vista clínico, Neisser (1) calculó que no menos del 12% de la población adulta de Berlín, padecía de Sífilis y Fournier (2) calculó en un quince por ciento la incidencia sifilítica en París. Estadísticas basadas en la reacción Wasserman verificada en muchos miles de casos en enfermos hospitalizados en Estados Unidos, arrojan un total que fluctúa de 15 a 30% positivos, Greeley (3) en 1,117 exámenes de Wasserman hechos a solicitantes a certificados de salud en la ciudad de Nueva York encontró que 8.7% dieron resultados positivos. Vedder (4) en un estudio sobre la incidéncia de la Sífilis en el ejército americano, da 16.18% para soldados de raza blanca y 36% para soldados de la raza negra. A este mismo trabajo de Vedder, le debemos el hecho de que a Puerto Rico se le considere como a uno de los países más afectados por la Sífilis, pues Vedder (5) encontró 53.9% de casos positivos entre los soldados del regimiento de Puerto Rico.

El reciente informe del "survey" practicado en la Isla por el Instituto Brookings (6) no presenta estadísticas de valor alguno sobre la incidencia de la Sífilis y se limita a decir que las condiciones sanitarias en Puerto Rico son más o menos parecidas a las que prevalecen en las Antillas Inglesas, donde según informes recientes "una parte considerable de la población está infectada con Sífilis contraída o hereditaria."

Yo quiero demostrar esta noche con estadísticas de algunos miles de análisis de sangre, que este concepto de la gran incidencia de Sífilis en Puerto Rico es errónea, y demostraré además, lo errado de llegar a conclusiones generales por el estudio limitado de un grupo seleccionado de individuos. Sería erróneo colegir que Puerto Rico tiene dos o tres veces más Sífilis que los países de la zona templada por el hecho de que los soldados de su regimiento arrojen un total de más de 50% de sifilíticos; o por el hecho, de que más del 45% de los clientes de dos sifilólogos de gran talla, de San Juan, (García Cabrera y Ferrer) (7) padezcan de la misma enfermedad.

En una serie de más de tres mil análisis de sangre, hechos en el Hospital Presbiteriano, más del 30% de los cuales fueron tomados de enfermos hospitalizados, arrojan un total positivo de sólo 11%. Bien es verdad, que en esta serie la procedencia de la mayor parte de las muestras eran de pueblos y campos del interior, pero a excepción de los mil pacien-

(*) Trabajo leído por su autor ante el Club de Médicos de la Clínica del Dr. Pila, Ponce, P. R., el día 27 de junio de 1930.

tes hospitalizados, en quienes el Wasserman era cuestión rutinaria, en los demás casos se les tomaba muestras solamente a individuos que infundían al médico serias sospechas de estar sifilíticos.

Nuestra serie de exámenes de sangre para determinar Sífilis comprende 6,074 muestras procedentes de 24 pueblos de la parte sur de la Isla. Cincuenta y tres y 88 centésimas por ciento corresponden a la ciudad de Ponce, y más del 80% corresponden a Ponce, Guayama y Mayagüez, combinados. (Vea Esquema I). Todos estos análisis fueron practicados durante el último año usando antígeno colesterinizado y ambocepton antiovino con la técnica modificación de Craig al Wasserman original.

En nuestra serie el total positivo de todos los pueblos combinados ascendió a 12.65%. Cifra ésta muy similar a la de la incidencia para la población adulta de Berlín y París, dadas por Neisser y Fournier, respectivamente, y mucho más baja que la de las estadísticas de enfermos asilados en hospitales de Estados Unidos.

Por pueblos, los totales positivos fueron como sigue:

Ponce	13.23%
Guayama	13.65%
Mayagüez	11.80%
Adjuntas	4.90%
Otros pueblos	16.85%

(Vea Esquema I)

Se notará que las cifras para Ponce, Guayama y Mayagüez, son muy similares y algo más bajas que para los demás pueblos de la Isla combinados, excluyendo a Adjuntas. Esto se explica porque en estos tres primeros pueblos funcionan unidades de Salud Pública en las cuales el análisis de Wasserman es rutinario en todos los aspirantes a certificados de salud, casos prenatales, etc. En los otros pueblos donde no hay unidades de Salud Pública establecidas, los médicos por regla general envían muestras de sangre para análisis de Wasserman solamente de aquellos enfermos que presentan síntomas o signos físicos sospechosos de infección sifilítica.

Adjuntas arrojó el porcentaje más bajo de todos los pueblos, sin duda alguna debido a la naturaleza enteramente rural de este pueblo del centro, y además, al hecho de tener Unidad de Salud Pública. (Vea Esquema I.)

Ponce, Guayama y Mayagüez enviaron en conjunto 4,867 muestras con 13.06% positivo. De estos 1,138 proceden de solicitantes a certificado de salud arrojando un total positivo este grupo de 10.9%. Comparando esta cifra con la del resultado obtenido por Greeley, vemos que la incidencia de la Sífilis en aspirantes a certificados de salud en las ciudades de la costa de Puerto Rico, es sólo poco más de 2% más alta que en la ciudad de Nueva York. (Vea Esquema I.)

De las 4,867 muestras de Ponce, Guayama y Mayagüez hubo 944 procedentes de individuos de raza negra con 14.94% positivo y 3,923 de raza blanca con 12.67% positivo; 2,548 al sexo masculino con 15.09% positivo y 2,319 al sexo femenino con 9.92% positivo; 717 procedentes de la zona rural con 11.3% positivo y 4,150 de la zona urbana con 13.37% positivo. (Vea Esquema II.)

Por grupos de edades, el siguiente re-

sultado fué obtenido:

	Muestras examinadas	Muestras Positivas	Por ciento
1 a 10 años	143	8	5.59%
10 " 20 "	1,444	135	9.35%
20 " 30 "	1,652	258	15.61%
30 " 40 "	933	128	13.72%
40 " 50 "	440	79	18.00%
50 " 60 "	202	24	11.88%
60 " 70 "	53	4	7.54%

Sumario y Conclusiones:

1.—La incidencia de la Sífilis en Puerto Rico, si no igual, es bien poco más alta que en Estados Unidos o Europa.

2.—En 1138 solicitantes a certificados de salud se obtuvo una reacción de Wasserman positiva solamente en 10.9%.

3.—En 6,074 exámenes de Wasserman procedentes de 24 pueblos de la parte sur de la Isla el total positivo fué 12.65%.

4.—En Puerto Rico, la raza negra, el sexo masculino, zona urbana y los pueblos de la costa, arrojan por cientos de incidencia un poco más altos que la raza blanca, el sexo femenino, la zona rural y los pueblos del centro, respectivamente.

5.—La incidencia de la Sífilis en Puerto Rico tiene su punto máximo en el adulto y su curva de distribución es casi horizontal de los 20 a 60 años.

REFERENCIAS

(1, 2, 3, 4, 5)—Citados en Osler's Modern Medicine, 3rd. edition, Vol. II, p. 390.

(6) —Resultado de un "survey" practicado por el Instituto Brookings en Puerto Rico (1929).

(7) —García Cabrera, E., San Juan, P. R., (Información personal).

(8) —Ferrer, José, San Juan, P. R. (Información personal).

ESQUEMA I

%
60
55
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0

PONCE
GUAYAMA
MAYAGUEZ
ADJUNTAS
OTROS PUEBLOS

MUESTRAS EXAMINADAS

PONCE
GUAYAMA
MAYAGUEZ
ADJUNTAS
OTROS PUEBLOS

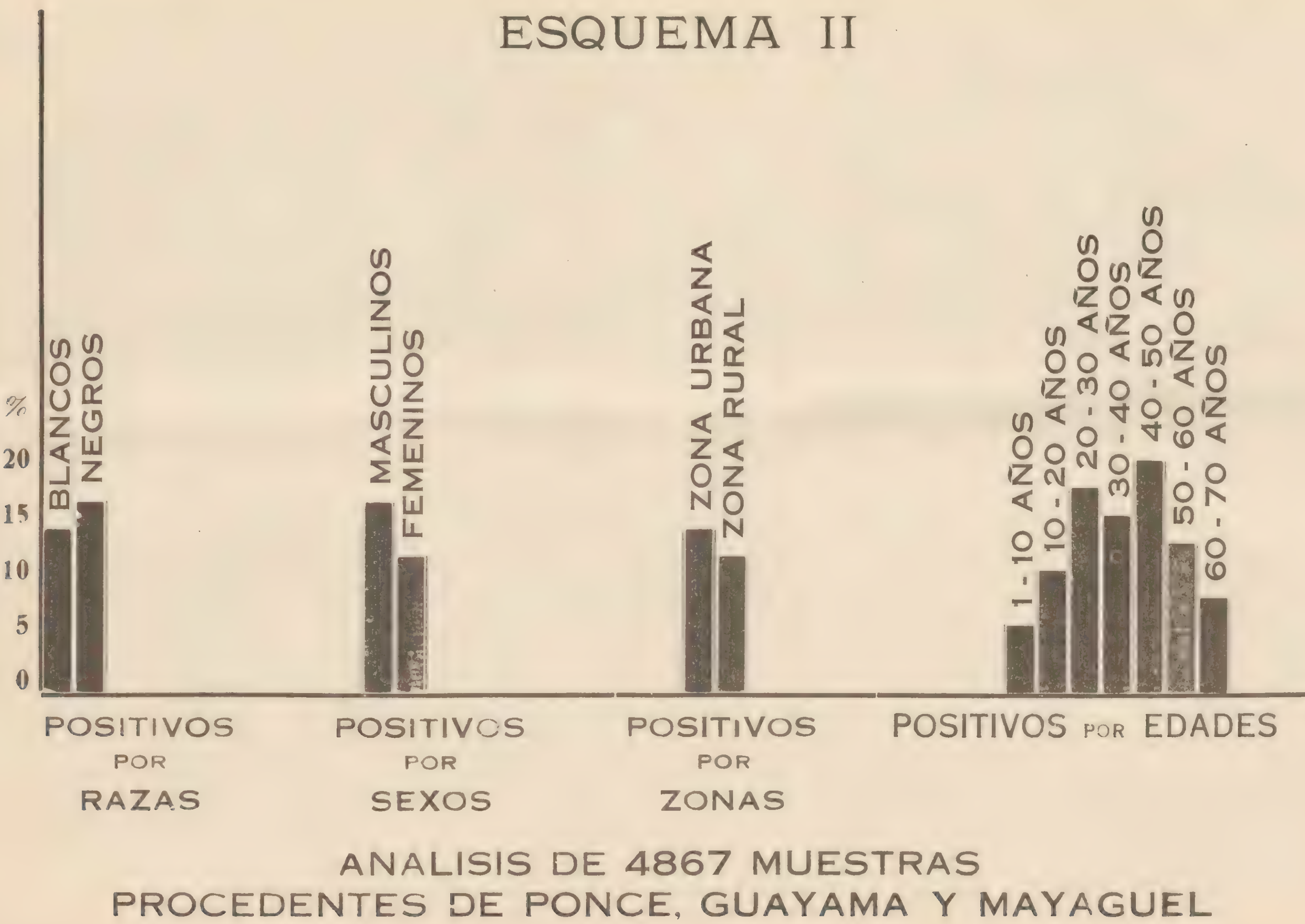
POSITIVOS POR PUEBLOS

TOTAL POSITIVOS

NUEVA YORK
PONCE, MAYAGUEZ, GUAYAMA

POSITIVOS CERTIFICADOS DE SALUD

ESQUEMA II



ANALISIS DE 4867 MUESTRAS
PROCEDENTES DE PONCE, GUAYAMA Y MAYAGUEL

Herencia y Profilaxis del Asma (*)

Dr. RAMON M. SUAREZ.

Presentamos esta noche un estudio del factor herencia en 230 casos de asma bronquial. Como todo trabajo basado en estadísticas que dependen directamente de la información que obtenemos del paciente, éste también, habrá de contener errores. Hemos tratado de eliminar los errores todo lo más posible, escogiendo para nuestro estudio solamente los casos que hemos atendido durante los últimos tres años, porque tenemos de ellos un historial bastante completo. Pusimos especial cuidado de hacer mención en la historia familiar a todo cuanto se pueda relacionar con la alergia y su herencia.

Hemos incluido asma, fiebre de heno o rinitis espasmódica, urticaria, edema angio-neurótica y susceptibilidad especial o anafilaxis para ciertos alimentos, como indicativos del factor alérgico en los ascendientes. Descartamos historia positivas de eczema, epilepsia y migraina, que algunos autores consideran como condiciones alérgicas, por no haber tenido hasta la fecha ningún caso en el cual hayamos podido comprobar clínica, terapéuticamente ni por medio de las cutirreacciones protéicas, relación alguna entre la sensitización y esas tres condiciones patológicas.

Debemos confesar que no hacemos otra cosa que repetir estudios ya hechos en el extranjero y comparar nuestros resultados con los obtenidos por otros autores al analizar sus estadísticas, que son menores que las nuestras en cuanto al número total de casos, con la excepción del trabajo de los Dres. Cooke y Vander Veer que se basa en un análisis de 621 casos.

Si algo nuevo presentamos es la comparación que hacemos del resultado obtenido por medio de las cutirreacciones proteicas en todos los casos, en aquellos de historia hereditaria positiva unilateral o bilateral, de herencia directa o colateral y también tomando en consideración las edades del paciente, sobretodo la edad a que empezó a padecer de la enfermedad.

Antes de dar nuestros números es conveniente que expliquemos que contrario a algunos autores, hemos considerado positivo el factor herencia cuando existe historia en los padres, en los tíos o en los abuelos. Esto es: herencia directa, unilateral o bilateral o herencia colateral. Por eso nuestro percentage de casos positivos es más alto.

En cuanto a las cutirreacciones hemos seguido usando siempre el método por escarificación como rutina y dejamos el intradérmico solamente para los casos refractarios. Un promedio de 80 pruebas protéicas se practicaron a cada paciente.

En nuestros 230 casos, la enfermedad hizo su aparición antes de los 10 años de edad en 118 o sea en un 51%, el 74% de éstos dan una historia hereditaria positiva y en un 26% la historia es negativa. Las cutirreacciones fueron positivas en 67% y negativas en 38%. Goodhart y Spriggs de 149 casos encontraron que la enfermedad empezó antes de los 10 años en 55 o sea en 37% y Hyde Salter de 225 casos encontró 71, ésto es: un 31.6%.

En 92 casos la enfermedad empezó después de los 10 años y solamente en 47 casos después de los 25 años de edad. En

(*) Leído ante la Asociación Médica de San Juan.—Junio 30 de 1930.

estos últimos el factor herencia fué positivo en un 32% y negativo en 68%. Las cutirreacciones en ellos dieron 63% resultados positivos y 37% negativos. Como Uds. han notado, obtuvimos solamente un 4% más reacciones positivas en los casos en los cuales la enfermedad empezó antes de los 10 años que en los casos que empezó después de los 25 años.

113 casos nos dan una historia positiva de herencia. Las cutirreacciones en éstos fueron positivas en 71.6% y negativas en 28.4%. En 15 casos la herencia fué doble: materna y paterna y el 80% de ellos nos dieron resultados positivos a las proteino-reacciones y 20% negativos. En cambio los 62 casos que niegan exista o haya existido el factor hereditario en sus antecesores, arrojaron un 56.4% de cutirreacciones positivas y 46.6% negativas.

Berkart encontró una historia positiva de asma en los padres de 16% de sus casos, Goodhart en 21%, Piness después de estudiar 150 casos nos dice que "la herencia es un factor predisponente importante, pero no provocativo, en la cuarta parte o en la mitad de los casos.

Hemos revisado 100 historiales de pacientes de distintas enfermedades (excluyendo asma y rinitis espasmódica) que han venido a nuestro consultorio, y en éstos la historia de alergia en sus antepasados cercanos no llega a 3%.

Como sabemos que la urticaria y la edema angio-neurótica, son otras de las manifestaciones de la alergia, indagamos en nuestros casos la historia de ataques previos de estas lesiones y encontramos que 53 casos habían padecido urticaria, 90 negaron haberla tenido y no se menciona en 87 casos. 85% de los primeros dieron cutireacciones positivas y 15% negativas y en los segundos, 61% fueron positivas y 39% negativas.

En los casos en los cuales la herencia era unilateral, el promedio de edad a que hizo su aparición el primer ataque de asma fué 12½ años, y este promedio fué de 5 años solamente cuando el factor asma o alergia se heredaba de ambos lados, materno y paterno.

Reasumiendo: En más de un 50% la enfermedad empezó antes de los 10 años de edad. El factor edad a que hizo su aparición la enfermedad, no influye notablemente en los resultados de las cutireacciones.

Cerca de un 50% de los casos nos dan una historia positiva de herencia. Este factor (herencia) sí influye considerablemente en el número de cutirreacciones positivas.

Investigadores extranjeros han probado sin dejar lugar a dudas que el rasgo alérgico o asmático se trasmite o hereda de acuerdo con la ley de Mendel, como una característica dominante.

En nuestro estudio hemos podido comprobar muchas veces ese hecho.

La primera de las leyes de Mendel suele ser dominada con el nombre de "ley de la uniformidad de los mestizos de la primera generación". La segunda, ustedes recordarán, es cuando los caracteres heredados que se habían fusionado en la primera generación, se desunen y separan en la segunda y se donomina, "ley de la disyunción de los caracteres" y la última de las leyes habla de la "herencia independiente de los caracteres", aludiendo al hecho de que los caracteres no están ligados entre sí, sino que cada uno de ellos trasmite a los descendientes, con absoluta independencia de los demás, como si éstos no existiesen.

Los caracteres mendelianos se dividen entre dominantes y recesivos: el pelo obscuro en el hombre, la piel gruesa, los ojos

negros, la polidactilia son caracteres dominantes. El pelo rubio o albino, la piel normal, los ojos azules y los dedos normales son caracteres recesivos.

Ahora permítanme que les traduzca un párrafo de Cooke y Vander Veer: "Tratándose de seres humanos las condiciones no son lo suficientemente precisas para obtener una absoluta exactitud. No es posible estar seguro de que el rasgo de sensitización en un individuo sea "puro" o "mixto". Si el rasgo es puro en uno de los padres toda la prole debería estar sensitizada, aunque el rasgo en el otro padre fuera puro o mixto. Suponiendo que todos los padres, apesar de que clínicamente sean alérgicos, son "impuros" con respecto al rasgo ("trait") de sensitización; esto es, que llevan en su organismo gametos sensitizados y gametos no sensitizados, deberíamos esperar, de acuerdo con las leyes de Mendel, obtener el 75% de la prole sensitizada cuando ambos padres están afectados y 50% cuando está afectado solamente uno de los padres.

Como ejemplo hemos de hacer mención únicamente a la familia B. G. estudiada por nosotros: Ambos padres son alérgicos, el padre padeció de asma cuando joven, la madre tiene antecesores alérgicos y ella probablemente tiene lo que podría muy bien llamarse una sensitización latente. La hija mayor de 34 años de edad padece de urticaria y rinitis espasmódica, el segundo hijo de 33 años padeció asma en la niñez, el tercero de 30 años padece de asma actualmente, el cuarto sufre envenenamiento con pescado, la que sigue padece de urticaria frecuentemente, la sexta, urticaria y bronquitis espasmódica, el octavo padece de urticaria, y el séptimo que tiene ahora 18 años de edad y el noveno 14, no ha tenido hasta la fecha manifestación alguna que haga sospechar alergia. Se cumple en esta familia no la ley de casualidad de muchas generaciones, sino que el factor genético se ha trasmitido al 75% de la descendencia de acuerdo con las leyes de Mendel.

PROFILAXIS

Parecería ilógico hablar de profilaxis del asma, sin hacerlo antes de su etiología, pero no voy a cansarlos con largas disquisiciones acerca de las varias teorías que han sido preconizadas y defendidas como causantes de la enfermedad. Bástenos con recordar que la teoría de la alergia o sensitización proteica es la que tiene en el presente mayor número de adeptos.

El capítulo de la alergia, probablemente el más joven de la Inmunología, se ha extendido rápidamente y se encuentra hoy sólidamente reforzado por los descubrimientos que de día en día vienen haciéndose en la clínica y en el laboratorio.

Sin entrar a discutir el factor o factores iniciales de lo que llamamos alergia o sensitización; sea ello un factor celular o humoral o sea como se ha titulado recientemente un "desequilibrio físico-químico" del organismo (un nuevo término que en el fondo tampoco nos dice gran cosa), la verdad incontrovertible comprobada por algunos experimentalmente y por todos nosotros infinidad de veces en la práctica, es que la proteina extraña es el factor excitante o provocativo de la alergia.

Cuando las células sensitizadas al alérgeno o átopen específico son las epiteliales de la piel, se produce la urticaria, cuando son las del tejido conjuntivo subcutáneo, tendremos la edema angio-neurótica, cuando las de la mucosa nasal o

bronquial, la rinitis vasomotriz o el asma bronquial y por último, los síntomas gastro-entéricos que se desarrollan en algunos individuos, después de comer pescado o fresas, los producen la sensitización de la mucosa gastro-intestinal.

Teniendo ésto en mente pasemos a ver qué aplicación práctica podemos darle a los datos aportados esta noche en nuestra primera parte relativa a la herencia y a las cutirreacciones.

Dijimos que en más de un 50% de los casos la enfermedad empieza antes de los diez años de edad y que en 50% encontramos historia hereditaria positiva. Dijimos también que las cutirreacciones dan un promedio más alto de positivas en los casos en que prevalece la herencia y además que mientras más fuerte o "puro" sea el "rasgo" alérgico en los padres más temprana será la edad a que harán su aparición los primeros síntomas de la enfermedad en la prole. Decimos ahora, que el 80% de los niños pueden ser curados o mejorados del asma si se tratan antes de que sobrevengan las complicaciones de enfisema y bronquitis crónica, en contraste con un 40% de curaciones en el adulto.

La profilaxis por lo tanto, eliminando la profilaxis ante natal que probablemente nos pueda traer grandes sorpresas en el futuro cuando las leyes de eugenesia y la biología sean mejor comprendidas, se limita a vigilar en el niño de padres o familiares alérgicos, por las primeras manifestaciones de alergia y alejar de su contacto, de acuerdo con las proteino-reacciones, todas las substancias que den resultados positivos.

Ataques frecuentes de urticaria o edema angio-neurótica, preceden frecuentemente en los "babies" a los ataques de asma bronquial, (Como lo ilustra el caso que presento esta noche).

En cuanto al ataque de asma en los infantes, debo decirles que según nuestra experiencia, pasan frecuentemente inadvertidos al médico que espera encontrar en ellos los mismos signos y síntomas que está acostumbrado a ver en los adultos.

Conviene recordar que los primeros ataques de asma bronquial en los niños podrían más acertadamente llamarse bronquitis asmática o bronquitis sibilante o espasmódica. Aunque algunas veces vienen precedidos por un ligero estado catarral naso-faríngeo, lo más frecuente es su aparición brusca con fiebre de 38° o 39°C, tos persistente, disnea, cianosis y postración.

Ese cuadro clínico periódico o recurrente en un niño de padres o familiares asmáticos nos debe obligar a investigar la sensitización por medio de las pruebas protéicas.

No conocemos ningún medio por el cual se pueda distinguir estos primeros ataques atípicos de asma bronquial de una bronquitis aguda, que no sea por medio del contage diferencial de los leucocitos y la constatación de una eosinofilia de alrededor de un 10% en los casos de asma.

No mencionamos los distintos tratamientos que se usan contra el asma por no hacer este trabajo demasiado largo y por creer que ellos solo deben ser considerados en la profilaxis de las secuelas del asma, ésto es: en la profilaxis de los cambios estructurales que necesariamente habrán de producir en el pulmón los ataques repetidos de "fatiga".

BIBLIOGRAFIA

Cooke y Vander Veer. Jour. of Inmunol. 1916—1—201.

Prof. E. Fernández Galiano. Los Fundamentos de la Biología.

Clarence C. Little. Heredity. Abt's Pedriatrics.

Walker. Boston Med. & Surg. Jour. Aug. 29, 1918.

Rackeman. Arch. Int. Med. Oct. 1918.

Cooke. N. Y. Med. Jour. March 1918.

Hurst A. F. Lancet May 28, 1921.

La Enfermedad Empezó	Número de Casos	Herencia		Cutirreacciones	
		Positiva	Negativa	Positivas	Negativas
Antes de 10 años	118 ó 51%	(87)74%	(31)26%	(80)67%	(38)33%
Antes de 15 años	133	....	....	....	....
Después de 10 años ...	92	....	....	....	....
Después de 15 años ...	77	....	....	....	....
Después de 25 años ...	47	(15)32%	(32)68%	(30)63%	(170)37%

Historia Hereditaria			*Cutirreacciones* Positivas		Negativas
Positiva	113	....	(81) 71.6%	....	(32) 28.4%
Negativa	62	....	(35) 56.4%	....	(27) 43.6%
No se Menciona	55	....	.....	....	.....
Herencia Doble	15	....	(15) 80%	....	(3) 20%
Total de casos	230	....	(155) 67.3%	....	(75) 32.7%

Urticaria				*Cutirreacciones* Positivas		Negativas
Historia Positiva en...........	(53)	37.5%	...	(45) 85%	...	(8) 15%
Historia Negativa en...........	(90)	63.5%	...	(55) 61%	...	(35) 39%
No se Menciona en............	(87)	..	..	..	..	..

En casos de herencia unilateral el promedio de edad a que se presentaron los primeros síntomas fué 12½ años. Variando las edades entre 9 días y 60 años.

En casos de herencia bilateral el promedio fué 5 años de edad. Variando las edades entre 2½ meses y 19 años.

Asociación Médica del Distrito de Aguadilla

Agosto 3 de 1930., Aguadilla, P. R.

:-: Programa :-:

1—Breves palabras por el presidente.

2—Dr. Carlos González. Convulsiones Infantiles.

3—Dr. M. Pujadas Díaz. Nefritis en los niños. Mis puntos de vista sobre su clasificación y tratamiento.

4—Dr. Néstor de Cardona. Proceso fistuloso de origen renal.

5—Dr. Ramón M. Suárez. La leche acidificada en la alimentación infantil.

6—Dr. Enrique Koppisch. El Carcinoma del pulmón primitivo en los bronquios.

7—Dr. Gutiérrez Igaravidez. Estudio Roentgenográfico pulmonar de la tuberculosis miliar y de la neumoconiosis.

8—Dr. López Nussa. El problema del cáncer en Puerto Rico.

9—Dr. A. Navas Torres. Quiste Bronquial. Presentación de un caso en un adulto.

10—Breves palabras por el Dr. M. Rodríguez Cancio.

NUEVOS INGRESOS A LA CUENTA DEL HOGAR MEDICO

Julio 31,	Dr. A. Fernós Isern..	$100.00
Agosto 1	Dr. P. Gutiérrez Igaravidez	10.00
Agosto 1	Dr. E. Alfaro Díaz..	10.00
" 1	Dr. O. Costa Mandry	25.00
" 4	Dr. I. González Martínez	25.00
" 10	Dr. Jorge del Toro..	10.00
" 10	Dr. J. Nadal Grau..	10.00
" 11	Dr. Luis L. Biamón..	25.00
" 14	Dr. A. Navas Torres.	25.00
" 18	Dr. A. M. Guenard..	25.00
" 22	Julio Palmieri	25.00

Revista de Revistas

BURKE, Alice M. B.—Informe del Departamento de Patología de la Escuela de Medicina Tropical correspondiente a los tres primeros años, terminados en Abril 15, 1929. Porto Rico Jl. of Pub. Health and Tropical Med. Sept. Vol. 5 No. 1 pp. 48-53.

Durante los primeros tres años de trabajo en este departamento se recibieron 1,950 piezas de procesos quirúrgicos, enviadas por 137 médicos de la isla. Se practicaron 225 autopsias, número significativo si consideramos que antes de la inauguración de la Escuela el exámen post-mortem completo era una rareza en Puerto Rico. En uno de los hospitales de San Juan el porciento de autopsias alcanzó a más de 50. Sigue a continuación una tabla que presenta la frecuencia de algunas enfermedades tropicales en los 225 casos.

Uncinariasis	44
Bilarciosis	30
Trichuriasis	30
Malaria	13
Lepra	7
Sprue	4
Filariosis	3
Pelagra	3

En la mayor parte de los casos estas fueron tan solo causas indirectas de muerte, a saber: de las 13 autopsias de Malaria, el plasmodium actuó de agente letal en 7 de ellas. No se encontró un solo caso de disentería, bacilar o amebiana. Otras entidades ausentes fueron las lesiones reumáticas del corazón. Enfermedad de la aorta de orígen luético fué hallada 22 veces con 5 aneurismas. Se encontraron 48 casos de bronco neumonías y 14 de pulmonía lobular. En cuanto a la presencia de Tuberculosis, el carácter de las lesiones y su destribución no presentó diferencias esenciales del material estudiado en los Estados Unidos.

Un fenómeno sin explicación fué la frecuencia de una marcada infiltración de leucocitos eosinófilos de los tejidos, particularmente el apéndice y atras partes del tubo digestivo.

En las estadísticas generales se observan 142 tonsilectomías, 163 apendectomías, 319 tumores malignos y 202 benignos.—**Dr. R. R. M.**

El uso de inyecciones intravenosas de cloruro de sodio.—Farrington, P. R. Colorado Medicine, Vol. 27 No. 8, August, 1930. .El autor ha llegado a las siguientes conclusiones después de una extensa experiencia clínica:

.1.—Edema y albuminaria pueden producirse por el uso intensivo de las inyecciones intravenosas de cloruro de sodio.

2.—El beneficio obtenido del uso del suero fisiológico en las toxemias es tan grande como el observado del uso de soluciones hipertónicas con tal de que se emplee un volumen suficiente.

3.—La solución salina fisiológica produce una reacción mínima y posee mayor valor en los casos deshidratados.

4.—Las soluciones hipertónicas de cloruro de sodio deben emplearse cuando se requiera una gran cantidad de sal en la preparación preoperatoria de casos de emergencia.

5.—Las soluciones isotónicas de dextrosa deben usarse en el tratamiento de deshidratación y toxemia cuando existan evidencias de cantidades excesivas de cloruros en la sangre y los tejidos.—**Dr. R. R. M.**

CASTELLANI, A.: — Tonsillomycosis. — Jour. Trop. Med. and Hyg., 33 (12): 165.

El autor hace años que viene haciendo un estudio especial de las enfermedades de las tónsilas causadas por hongos. En este trabajo da una clasificación bastante detallada de las tonsilomycosis, acompañada de la etiología, sintomatología y diagnóstico de cada una.

Concluye el autor que las tonsilomycosis no son raras aunque hasta el presente se les presta muy poca atención. Las divide entre agudas y crónicas. Entre las agudas las más importantes son tonsilomycosis folicularis y tonsilomycosis membranosa. Esta última semeja mucho a la difteria. Entre los tipos crónicos y subagudos, tonsiloactinomycosis, tonsilopseudoactinomycosis, tonsilomycosis fusca y tonsilomycosis spiculata son los más importantes.—**Dr. P. M. O.**

FRANK, K.—Pielografía Intravenosa. Lancet, 219 (5577): 128.

El descubrimiento de la colecistoterapia por Graham estimuló la búsqueda de un compuesto de yodo que administrado por vía endovenosa se eliminase por el riñón con suficiente intensidad que permitiese tomar pielogramas, ureterogramas y cistogramas.

El Profesor Binz ha encontrado una substancia derivada de Selectan neutral que pertenece al grupo de las pyridinas, dicha substancia se le ha dado el nombre de **uroselectan**. Tiene un contenido de yodo de 42 por ciento y se disuelve fácilmente en agua, la solución tiene una reacción neutral. Se ha encontrado que en pacientes cuya función renal es normal, la droga no puede recobrarse de la sangre a los 15 minutos de inyectada. A las ocho horas el 90 o 95 por ciento de la droga se recobra de la orina.

Swick y von Lichtenberg han usado 40 gramos de uroselectan disuelto en 100 de agua destilada. Lo probaron en 119 casos con una muerte en un caso de nefrosis que murió de uremia 19 horas después de administrarle la inyección.

La técnica consiste en administrar la inyección muy despacio y se toman las radiografías de ambos riñones a los 15 minutos, 45 minutos, una hora, hora y cuarto y así sucesivamente según fuese necesario.

La droga es aparentemente muy poco tóxica pero está contraindicada cuando ambos riñones están intensamente lesionados. El autor informa 17 casos en que usó el uroselectan, 4 casos de cálculo, 4 de hydronefrosis, uno de tumor renal, 3 de tuberculosis, y dos de dolores renales dudosos y tres de pielitis.

Los casos de cálculos e hydronefrosis dieron las mejores pielografías, en los casos de tumores y pielitis las pielografías resultaron mas pobres.—**Dr. P. M. O.**

BARENBERG, L. H.; LEWIS, J. M. y MESSER, W. H.: Profilaxis del Sarampión. J. A. M. A., 95 (1): 4.

Los autores estudian la profilaxis del sarampión en "The Home for Hebrew Infants," una institución con 325 niños de edades de 2 a 4 años Se dividieron los niños en varios grupos. Unos fueron tratados con suero de convalecientes, otros con sangre de adultos, un tercer grupo con suero inmune de Tunicliff y un cuarto grupo sin tratamiento alguno. Los autores llegan a las siguientes conclusiones:

1. El suero de convalecientes es el más efectivo como medida profiláctica pero su aplicacin es muy limitada por lo escaso.
2. La sangre de adultos que han pasado sarampión es de gran valor en que atenúa los síntomas de la enfermedad y es el método más práctico de profilaxis.
3. El suero de Tuncliff no produjo protección ni mitigó la enfermedad en los casos en que fué usado.—**Dr. P. M. O.**

La Importancia de la Plasmoquina en el Control de la Malaria.—WHITMORE, E. R., Ph. D., M. D. Eighteenth Annual Report, Medical Department, United Fruit Co., 1929.

El quinino es la droga más importante para controlar el ciclo asexual del plasmodium, esto es, para controlar los síntomas clínicos del mal, evitar la residiva y la formación de los gametos.

La importancia de la plasmoquina consiste en destruir la facultad de los gametos existentes en la sangre para infestar a los mosquitos. Las dos drogas se complementan y una no reemplaza la otra.

De los hallazgos de Barber y Komp y de las experiencias del autor se deduce que una sola dosis de plasmoquina de 0.300 mgm. por kilo de peso es suficiente para evitar que el anofeles albimanus sea infestado por los gametos que aparecen en la sangre al ingerirse la dosis. Sus observaciones demuestran que una dosis de 200 mgm, por kilo de peso no es suficiente para evitar la infección de los anofeles.

Como un alto porcentaje de los casos desarrolla gametos, cree conveniente el autor administrar plasmoquina a todos los casos de malaria después que el quinino haya controlado el ciclo asexual del parásito. En el presente, opina que una sola dosis de plasmoquina de 300 mgm. por kilo de peso es suficiente para hacer que los gametos no sean infecciosos en la sangre después de la administración de la droga. Esta dosis es tolerada en la mayoría de los casos. No se necesita una cura subsiguiente de plasmoquina si esta se usa con quinino qse es suficiente para controlar el ciclo asexual y de esta manera evitar la residiva y la liberación de futuros gametocitos.—**Dr. R. R.R M.**

La Plasmoquina en el Tratamiento de la Malaria.—WHITAKER, E. J., M. D. Medical Department, United Fruit Co., Eighteenth Annual Report, 1929.

La plasmoquina es fácil de tomar, y es bien tolerada por el estómago, pero su uso ha sido limitado por la presencia de dolores epigástricos agudos que frecuentemente ocurren cuando la droga se administra en grandes dosis. La dosis óptima parece que no debe ser más de 0.045 gms. El efecto que posee la plasmoquina sobre los gametos la hace ser una droga de gran valor en el tratamiento de la malaria, y opina el autor que también destruye las formas asexuales del parásito, pero que en tal sentido, es inferior a la quinina.

La experiencia del autor parece indicar que una dosis de 0.4 gms. de plasmoquina y 20 granos de sulfato de quinina diarios constituye un método efectivo y bien tolerado en el tratamiento de la malaria.—**R. R. M.**

La Influencia de la Plasmoquina en los esquizonitos de la Fiebre Perniciosa. — ERNST THONARD-NEUMAN, M. D. Eighteenth Annual Report, Medical Department, United Fruit Co., 1929.

El autor de este artículo no estima conveniente ofrecer siquiera una explicación teórica de la acción notable de la plasmoquina sobre los ezquizontos de la fiebre perniciosa. Sinembargo cree que sus observaciones ofrecen un punto de apoyo al método rutinario que ha sido adoptado por el departamento médico de la United Fruit Co., consistente en el siguiente dictum: la Plasmoquina debe administrarse siempre en combinación con una fuerte dosis de quinina; y especialmente durante los primeros días del tratamiento, cuando los parásitos se encuentran en gran cantidad en la circulación periférica.—**R. R. M.**

Nuevo Estudio Sobre el Valor e Inocuidad de la Inmunización Preventiva con la B. C. G. (B. Calmette y Guerin)—Petrof. The Amer. Rev. of Tuberculosis. .Seitmebre 1929.

No creemos que haya base alguna para la credulidad de algunos en la vacuna de Calmette. Después de muchos análisis creemos que los datos estadísticos merecen severa crítica.

EL METODO ES PELIGROSO?
LA VIRULENCIA DEL B. C. G.

Calmette dijo al principio que el B. C. G. no tuberculiza los cobayos; ahora lo confiesa, pero dice que las lesiones curan y no hay T. progresiva. Unos autores no lograron tuberculizar, pero otros lo consiguieron y por pases exaltaron la virulencia (Lowestein, Galli Valerio, Pla Armengol, Watson, Chiari, Nobel y Lolé, Korschund, Dirikow, Gorochawmkova, Petrof y otros). Nosotros tras de estudio en cuatro años y con cuatro cultivos diferentes del B. C. G. hemos podido tuberculizar cobayos y trasmitir sus lesiones habiéndonos confirmado Korschund y otros, que no consideran al B. C. G. como virus fijo. Durante seis meses de ensayos separamos tipos distintos de colonias: la R y la S.

INMUNIDAD DE ANIMALES
VACUNADOS CON B. C. G.

Calmette la afirmó. Yo afirmo que en ningún caso se logró una inmunidad absoluta; ligera sobrevivencia sobre testigos, única concesión que hace hasta Tzeknovitzer, entusiasta de Calmette. La niegan Isabolinsky y Citowitsh entre otros. Nosotros no hemos visto mayor inmunidad.

Las experiencias de Guerin, Richart y Poisiere en el ganado, tienen muchos defectos y no demostraron nada respecto a protección. Watson, critica a esta y las de Kantin, con otros experimentos que han sido confirmados por Larson y Evans. Las experiencias de Schroeder y Crawford niegan al B. C. G. valor en la vacunación. Las de Wieber, Kraus y Gerlach, que admiten algo de inmunidad en monos, requieren más pruebas.

VACUNACION DE NIÑOS CON B. C. G.

La primera estadística de Calmette sobre 52,772 niños vacunados, fué severamente criticada en sus editoriales por J. of the Amer. Med. Assoc. y British Med. Journ. Greemvod y Rosenfield afirmaron que tal estadística no merecía confianza y se fundaba en errores.

Recientemente Calmette ha presentado otras estadísticas que no difieren materialmente de las primeras cifras. Weill-Hallé y Turpin han referido sus casos, pero su vacunación no ha dado el resultado propuesto. Un hecho queda en pie: la mitad de los niños vacunados "dan reacciones positivas que demuestran infección y que el B. C. G. no impidió tales infecciones."

Calmette y sus entusiastas sólo relatan resultados favorables y no desgracias debidas al B. C. G. En cambio, la prensa profesional registra de vez en cuando desgracias por la vacunación. Tailens cita tuberculosis progresivas y casos de muerte en vacunados y que no es mejor la salud en los testigos. Jeudon cita tres muertes. Calmette se defendió de estas críticas, e insiste sobre el valor de la autopsia... cuando se trata de otros observadores, pero las omite en sus propias estadísticas. Calmette dice: "solo Petrof se opone a los bacteriólogos del mundo entero en su éxito de aumentar la virulencia del B. C. G." Eso es no seguir la literatura o ignorar los trabajos de Lowestein, Heyman, Galli Valerio, Nobel, Chiari y Sole, Bochini, Pla Armengol, Watson, Korschun y Hutiru, etc., de exaltación de virulencia y provocación de tuberculosis. Ambos hechos he observado yo; la exaltación de la virulencia se puede conseguir por cinco procedimientos. (El autor los detalla.) Decir Calmette y Vallé que nuestros cultivos estarían contaminados, no merece ni respuesta; acaso ya lo estarían los que él mismo nos envió? Dice que el B. C. G. debe cultivarse en un laboratorio especial y hacerlo para los animales de experiencia. Es decir, ya no podremos seguir la costumbre de tener un laboratorio solo para cultivar toda clase de microbios y habremos de tener un edificio para cada clase y otro idem para cada grupo de animales y hasta para cada animal de diagnóstico?

Respecto al cuidado de los animales inoculados con B. C. G. diremos que todos los datos nos afirman que la T. espontánea ha sido un caso rarísimo en nuestro laboratorio. En 20 años hemos visto 3 casos de T. para los que no encontramos explicación.

Citemos algunos puntos de la crítica de Rosenfeld a la vacuna y estadísticas de Calmette, el cual llega a afirmar que no ha habido un solo caso fatal en vacunados con B. C. G., cuando son tan numerosos los autores que citan esos fracasos.

(El autor refiere esa crítica de Rosenfeld que por lo extensa no transcribimos).

Estudios recientes sobre la biología del bacilo tuberculoso indican firmemente que el microorganismo no es estable y puede sufrir mutaciones; creemos en la evolución y mutación de todos los microorganismos."

NOTAS PERSONALES

En compañía de su esposa e hijos embarcó el 14 del corriente hacia los Estados Unidos nuestro querido amigo Dr. Ramón M. Suárez, Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico. Va el Dr. Suárez en viaje de estudios y de recreo que durará varios meses y espera establecer su residencia temporal en la ciudad de New York.

También embarcará hacia los Estados Unidos el Dr. Pablo Morales Otero, donde permanecerá un año en calidad de "associate" del Departamento de Bacteriología de la Universidad de Columbia dedicado a estudios de investigación y en colaboración con el profesor Gay.

Desde hace varios semanas regresó de su viaje por los Estados Unidos el Sub-Comisionado de Sanidad, Dr. Fernós Isern. El Dr. Fernós representó a Puerto Rico en varias Convenciones Nacionales, entre ellas la de la American Child Health Association, la Cruz Roja Americana y el Congerso de Sanidad de Estados.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Tratamiento de la Muerte Aparente, por los profesores Drs. Oscar Bruns y Carlos Th iel, traducido del alemán por el Dr. J. González—Campo de Cos.

Editor: Manuel Marín, Barcelona.

United Fruit Company, Medical Department, Eighteenth Annual Report., 1929.

Nociones Elementales de Sanidad Militar, por el Dr. F. García de la Torre, Comandante Médico, 295 de Infantería, Guardia Nacional de Puerto Rico.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

Año XXII. | Septiembre de 1930. | Núm. 180.

NOTAS EDITORIALES

Tan pronto se tuvo noticias de la magnitud de la catástrofe Dominicana, la Asociación Médica de Puerto Rico representada por su Vice-presidente, Dr. López Nussa, y secretario Dr. Pavía Fernández, ofreció al Gobernador Roosevelt su cooperación en la labor de ayudar al pueblo dominicano.

Nuestro eficiente Comisionado de Sanidad Dr. Pedro N. Ortíz organizó en pocas horas una unidad sanitaria que, dirigida por el propio sub-comisionado Dr. Fernós Isern y equipada con todo el material de emergencia, salía de San Juan rumbo a Santo Domingo cuarenta y ocho horas después del ciclón. Cuatro días mas tarde la Asociación Médica había organizado cinco unidades clínicas, quirúrgicas y de radiología, integradas por eminentes compañeros del país, y presididas por el Dr. López Nussa.

El Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico se enorgullece al mencionar aquí los nombres de aquellos compañeros que cumpliendo el noble deseo de servir, no tuvieron inconveniente en abandonar sus obligaciones para entregarse, llenos de genuino entusiasmo a una ardua y penosa labor, en condiciones sumamente difíciles Ellos son los Doctores: A. Fernós Isern, O. Costa Mandry, E. Garrido Morales, R. Lavandero, E. Silva, R. Berríos Berdecía, E. Martínez Rivera, A. Arbona, M. Díaz García, R. López Nussa, P. Gutiérrez Igaravidez, M. Pujadas Díaz, M. Pavía Fernández, J. F. Correa, L. Clavell, J. Costas Díaz, J. Rolenson, David García, E. Vadi, F. Sánchez Castaño, P. Perea Fajardo, L. Pereira Leal y L. Figueroa.

Nos permitimos insertar aquí las cartas ya publicadas en nuestra prensa diaria, que el Presidente de Santo Domingo dirigiera al Gobernador de Puerto Rico por conducto de los doctores López Nussa y Díaz García, y otra del Dr. Johnson electo Jefé de las unidades de socorros en Santo Domingo.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DOMINICANA

Santo Domingo, R. D.
Septiembre 15, 1930.

Sr. Gobernador:—

Tengo la satisfacción de participar a usted que los médicos, ingenieros, enfermeras y practicantes de Puerto Rico cuyos nombres figuran en la nota anexa, han desplegado, durante su permanencia en Santo Domingo, servicios tan ardorosos y eficientes en favor de los heridos del huracán del día 3, que el gobierno dominicano considera de justicia apresurarse a hacer a usted el elogio de esa excelente conducta de los Miembros de la Misión Portorriqueña que regresan mañana a ese noble país.

Quedan aquí trabajando otros Miembros de la Misión Portorriqueña, y todos están despertando nuestra gratitud y admiración por su celo y su idoneidad.

Permítame, señor Gobernador, aprovechar esta nueva ocasión para reiterarle el sincero testimonio del reconocimiento del Pueblo y del Gobierno dominicano hacia el Pueblo de Puerto Rico, y hacia su dignísimo Gobernador, por la ingente y fraternal ayuda que nos están prestando en esta desventurada situación.

Saluda a usted con la más alta consideración,

(Fdo.) *Rafael L. TRUJILLO.*
Presidente de la
República Dominicana.

Santo Domingo, R. D.,
15 de septiembre de 1930.

Coronel Teodoro Roosevelt,
San Juan, Puerto Rico.
Estimado coronel Roosevelt:

Ya ha tenido usted noticias de muchas fuentes acerca del excelente trabajo realizado por la misión portorriqueña en Santo Domingo. Deseo agregar mi testimonio. Mi trabajo consistía en organizar y armonizar todos los esfuerzos tendientes al socorro médico, debido a lo cual tuve la mejor oportunidad para juzgar su labor.

La misión portorriqueña fué la mayor, mejor organizada y más efectiva unidad de socorro. Sus miembros trabajaron en muchos campos de actividad con resultados admirables.

El servicio de sanidad de la ciudad fué puesto en sus manos. Supervisaban la limpieza de las calles, la remoción de basuras y la protección del abastecimiento de agua. Proveían facilidades sanitarias para aquellos edificios públicos congestionados de ocupantes. La clasificación de los pacientes y el traslado de cientos de ellos de un hospital a otro fué realizado por ellos. Abrieron estaciones para inmunizar, y han aplicado más de 12,000 inyecciones anti-tíficas. Conjuraron con su trabajo el grave peligro de una gran epidemia de tifus.

Construyeron un hospital de 400 camas y lo atendieron con su propio personal. Este fué el factor más importante en el trabajo de aliviar la congestión que había hecho imposible el trabajo de cuidado en los hospitales. Tan pronto como este estado de congestión fué aliviado, mejoraron rápidamente las condiciones en todos los hospitales.

Nadie puede calcular cuántas vidas se salvaron y cuánto sufrimiento se evitó por el trabajo realizado por el Dr. Fernós, el major Crocket, y sus asociados.

Tuvimos un viaje muy placentero después de la muy agradable que pasamos con usted. Mis mejores deseos para Ud. y para los otros caballeros que estaban con nosotros aquella tarde.

Muy cordialmente suyo,

(Fdo.) *Lucius W. JOHNSON,*
Comandante, Cuerpo de Médicos, Armada de Estados Unidos, Hospital General de Haití, Puerto Príncipe, Haití.

A última hora nos hemos enterado del fallecimiento del Dr. Eusebio Coronas, tisiólogo desde hace varios años del Sanatorio Insular. Con la muerte del Dr. Coronas, la clínica Puertorriqueña pier de una de sus más sólidas columnas. En el próximo número del Boletín daremos a conocer algunos datos biográficos del extinto compañero.

El Edema Nutricional en Puerto Rico

DR RAMON J. SIFRE (*)

Sugestivo por demás es el tema que voy a desarrollar esta noche y de grandísima importancia para los que ejercemos la Medicina Tropical: Me refiero, distinguidos compañeros, al edema nutricional en Puerto Rico.

Hablando con entera propiedad, tenemos que designar como Edema Nutricional, cualquier edema local o generalizado motivado directamente por deficiencias de cualquier índole en la alimentación del individuo. Resulta apropiado, pues, que hagamos la siguiente clasificación de todos aquellos casos en que el edema es el síntoma predominante:

A—Bebi-beri, tipo húmedo,

B—Hidropesía Epidémica,

C—Ciertos tipos diversos de edema nutricional, tales como el Mal de Potter, edema de la guerra, edema tropical (Castellani), Beri-beri náutico (LeDantec), Beri-beri de los Asilos, etc.

Preciso es reconocer que actualmente existe una gran confusión en el estudio nosológico de estos casos, pues mientras la mayor parte de los investigadores consideran al beri-beri húmedo como una variedad de etiología idéntica a la del beri-beri tipo seco, hay muchas autoridades desde los tiempos de Leroy de Mericourt hasta el coronel Edward B. Vedder que insisten en que ambas enfermedades son de etiología distinta.

Mayor confusión existe aún en lo que respecta a la Hidropesía Epidémica, pues mientras algunos como Pearse opinan que la enfermedad es idéntica al beri-beri, otros autores han expuesto las teorías más peregrinas en cuanto a su causa, tales como que es debida a una anemia post-disentérica; que es una enfermedad especial y transmisible, de origen bacteriano; que se debe al arroz de Burma; que es una intoxicación de origen alimenticio, etc. La evidencia de que es una deficiencia de origen nutricional es tan abundante, que es un hecho ya generalmente aceptado por las autoridades más competentes.

En cuanto al tercer grupo, está constituído por distintas series de casos estudiados y descritos en ocasiones varias y en diversos climas y circunstancias, pero que tienen en común analogías tan marcadas que fácilmente constituyen un solo grupo.

Mientras desaparece este estado de confusión y podamos llegar a una clasificación lógica y científica, basada en un conocimiento exacto de las causas precisas de lo que probablemente no son más que modalidades de una misma enfermedad, no podemos hacer otra cosa que englobarlas en el grupo único de Edemas Nutricionales.

Ahora bien, en cuanto a la demostración clínica y experimental de la deficiencia nutricional como causa de estos edemas, la evidencia actual es copiosa e incontrovertible. Durante el hambre que azotó a la India en 1876 y 1877, la mayor parte de los muertos se debieron a hidropesía de origen nutricional. En

---

(*) Leído ante la Asamblea Médica del Distrito de San Juan. Agosto 4, 1930.

el 1899, Patterson descrubió numerosos casos de edema en un grupo de chinos sometidos a una alimentación exclusiva de hojas y semillas de plantas salvajes. En un número de niños con una alimentación única de agua de cebada, Potter, en el 1904 y 1912, encontró muchos casos con edema y es un hecho muy conocido por los pediatras que en los casos de "Mehlnahrschaden" de Czerny y Keller se descubre frecuentemente una infiltración seroalbuminosa de los tejidos.

Durante el gobierno militar de Ciudad de Méjico en 1917, en que parte de la población estaba sometida a una dieta de remolachas y espinacas, aparecieron numerosos casos de hidropesía. Igual ocurrió en la guerra de Crimea (Holst, 1911). Este mismo autor afirma que en la dotación de los barcos pesqueros franceses, en los mares del norte, frecuentemente se desarrolla la hidropesía. Durante la guerra mundial, en el 1916, Budzynski y Chechowski encontraron en Polonia muchos casos con esta afección.

Experimentalmente, ya McCarrison en el 1919 había producido edema en palomas, alimentándolas con arroz pulido y también suprimiendo la alimentación. En ratones sometidos a una dieta restringida de zanahorias, Denton y Kohman obsevaron como se desarrollaba el edema en un gran número de ellos. Prosiguiendo sus estudios en este sentido, éste último autor, en 1920, pudo comprobar, añadiendo alimentos purificados a dicha dieta, que el edema sólo se desarrollaba si la ración de proteidos era insuficiente.

Todos estos experimentos y las observaciones clínicas más cuidadosas han mostrado hasta la saciedad que la causa de todos estos edemas es la carencia de proteinas. No obstante, aún no se ha dilucidado el modus operandi de dicha deficiencia, aunque los estudios realizados en casos de nefrosis parecen indicar que cuando el porciento de albúmina del suero sanguneo baja a cierto nivel, ocurren ciertos trastornos osmóticos que provocan el edema.

Hechas, pues, estas manifestaciones, pasemos a considerar el edema nutricional tal como se presenta en nuestro país. Que la dieta de nuestra clase pobre es deficiente, es un hecho aceptado no sólo por la clase médica, sino hasta por los profanos. Podría afirmarse que nuestro pueblo es para el investigador de la nutrición un vasto laboratorio donde pueden estudiarse ampliamente todas las deficiencias. Siendo el origen de éstas, la precaria situación económica que ha existido en el país desde tiempo inmemorial, la carencia es más notable en aquellos elementos de la nutrición cuyo costo es más elevado y de ahí que sea más marcada en el caso de los proteídos.
'gativa.

Aunque dicha deficiencia puede producir diversas manifestaciones, sólo intentamos describir aquellos cuadros clínicos acompañados de edema, según los encontramos en este país. Generalmente se trata de un sujeto de nuestra clase más pobre que hace tiempo viene manifestando un desgaste orgánico general debido a su alimentación deficiente. Su tez es pálida y las mejillas presentan un ligero edema que imprime una apariencia característica a su fisonomía. El trabajo lo extenúa fácilmente y el desequilibrio de su dieta, predominante en carbohidratos, le provocan trastornos gastro-intestinales de índole fermentativa. Poco a poco el edema se insinúa en las extremidades inferiores. El cuadro

clínico puede detenerse sin rebasar estos límites o puede prolongarse, si la deficiencia se acentúa. En este último caso, usualmente después de una crisis de diarrea disenteriforme, se presenta un edema generalizado, a menudo de proporciones alarmantes. El corazón con frecuencia se dilata y el pulso se torna rápido y débil. La orina es abundante y de color pajizo; su gravedad específica es baja y se haya libre de albúmina o sólo presenta muy leves trazas. El examen microscópico de ésta es completamente negativo. Con frecuencia hay anorexia, la digestión es laboriosa y amenudo hay diarrea, con evacuaciones a veces mezcladas con un suero sanguinolento.

La piel generalmente se reseca y amenudo, especialmente en los niños, se presentan petequias del color de sangre desecada que se descaman con facilidad. En algunos casos, hay una ascitis voluminosa, con un líquido color amarillo claro, de escasa densidad y un contenido bajo de albúmina. La excreta en algunos casos puede presentar ovas de parásitos pero en otros es completamente negativo.

Un estudio cuidadoso de la dieta de estos casos demuestra una deficiencia tan marcada en proteidos que es evidente su relación eteológica con el cuadro clínico descrito. Con frecuencia ésta consiste casi exclusivamente de arroz, tubérculos pobres en proteidos, pan, etc., adicionados de una escasa cantidad de otros alimentos cuyo contenido de proteinas es muy bajo y deficiente en aquellos aminoácidos que son las piedras angulares de la nutrición. Esta evidencia unida a la experiencia voluminosa de diversas autoridades y el resultado de dos autopsias verificadas por el Dr. Pappenheimer y por el Dr. Smetana respectivamente es más que suficiente. No obstante, con el fin de disipar ciertas objeciones que pudieron hacerse a estas conclusiones voy a hacer las siguientes manitaciones:

La uncinariasis no es la causa de estos edemas por los motivos siguientes:

1—Porque estas manifestaciones extremas no se presentan en el paciente de uncinariasis cuando su alimentación es buena.

2—Porque el tratamiento anti-uncinariasico con frecuencia los agrava en lugar de curarlos, a menos que se atienda debidamente a la nutrición del individuo.

3—Porque con mucha frecuencia la excreta es completamente negativa de ovas de parásitos intestinales.

Aunque con frecuencia hay trastornos marcados en la circulación, no son éstos la causa del edema porque en muchos casos la anasarca se presenta sin trastornos circulatorios y éstos, cuando ocurren, es generalmente durante la última etapa de la enfermedad.

El examen de la orina y líquido ascítico excluye toda posibilidad de una nefritis responsable del edema.

No obstante, he dejado para lo último la prueba más concluyente o sea la forma maravillosa a veces con que responden casi todos los pacientes a una alimentación abundante en proteidos adecuada, excepto en aquellos casos extremos fuera ya del alcance de todo tratamiento. El espectáculo de un paciente con una anasarca intensa, con casi todos sus sistemas afectados, al borde a veces de la tumba, que, sometido a una alimentación adecuada, sin otro tratamiento que en ocasiones una medicación puramente sintomática, se repone y se

convierte en un fuerte obrero, es prueba completamente convincente.

No sé, si este trabajo mío de esta noche ha sido lo suficiente claro para que, unido a la experiencia y conocimientos amplios de todos vosotros os haya demostrado lo correcto de mis conclusiones, pero sí quiero aseguraros que mientras más años transcurren desde que ejerzo la profesión en esta isla más me convenzo de la exactitud de mis afirmaciones.

Penetrando día tras día en los hogares de nuestras clases pobres, investigando su alimentación, observando paso a paso el desarrollo de estas manifestaciones, más frecuentes en los tiempos de escasez, experimentando cómo responden a dietas de distinta composición, mis convicciones son cada día más arraigadas. Y es mi criterio firme que surge con un grito de protesta desde el fondo de mi conciencia de médico que esta noble Asociación Médica que tan gallardamente se ha aprestado a dar las más esforzadas batallas en pro de Puerto Rico, debe realizar una detallada investigación de la alimentación de nuestro pueblo, para señalar sus deficiencias e insistir en la necesidad de aumentar la proporción de proteinas adecuadas en ésta, aconsejando se busquen los medios de abaratar y estimular su consumo, no importa los intereses creados que pudieran lesionarse.

Tratamenito Moderno del Cáncer de la Mama

DR. J. R. ROLENSON (*)

El tema que me he propuesto desarrollar ante vosotros es de tal magnitud en el campo de la medicina y cirugía actual que mis humildes conocimientos de él así como la práctica limitada que he ejercido en esta línea no me permiten discutirlo con verdadera autoridad ante médicos de conocimientos vastos y de preparación superior a la mía; pero dado el caso de que el cáncer es una enfermedad que por su carácter destructor y por su poca tendencia a responder a tratamientos diversos ha acarreado desde los tiempos más remotos un pesimismo que ha desvanecido la esperanza de su curación total que solamente por medios del estudio constante, la repetición de temas como éste y la discusión del mismo amparados bajo la fe, podremos llegar algún día a conquistar tan grave mal. Aludiendo ligeramente la parte histórica de este implacable azote nos encontramos que allá por el año 1500 B. C., se conocía el cáncer mamario y que más tarde se hace mención de algunas curaciones como lo fué hecha por Democedes en Atossa, la hija de Darius. Ya en la era cristiana también se nombra a Galeno tratando y curando el cáncer en la mama; pero en la era comprendida entre los siglos XII y XV no hubo progreso alguno en la ciencia quirúrgica y por ende no lo hubo tampoco en el estudio del cáncer porque la iglesia, reina absoluta en opiniones, ejerciendo su influencia, prohibió el estudio anatómico del cuerpo humano. En el 1625 Marcus Aurelius propuso la resección de las glándulas

(*) Leído ante la Asamblea de Guayama (Cayey), Marzo 9, 1930.

linfáticas axilares como parte indispensable en la operación para el cáncer de la mama; pero no fué hasta 30 años más tarde que se descubrió por Oleus el sistema de la circulación linfática. En el siglo XVII Legrand establece el hecho de que el cáncer es una afección local y se disemina por los tubos linfáticos y Peyrilhe en esta época leyó un artículo sobre el cáncer ante la facultad de Lyon Francia, estableciendo el hecho de que el cáncer es una afección local que produce toxinas de tal naturaleza que degenera la masa original del tumor resultando la cachexia que es típica de la enfermedad. Alemania toma otro curso de investigación y se esfuerza en encontrar la causa en la química argumentando que la existencia de ácidos en la circulación es el agente primordial de la causa del cáncer. Por primera vez en el 1801 Bichat estudia la estructura de los tejidos abriendo nuevo campo de investigación y Deupuytren trata de probar que el cáncer es infeccioso inyectando células cancerosas en la circulación. Aun cuando estos hechos demuestran con claridad que el cáncer ha sido objeto constante de estudio en todas las épocas pasadas, solamente en los últimos años se ha hecho un verdadero progreso científico y se ha levantado el velo del pesimismo en lo que se concierne a la conquista del Gran Terror.

Para establecer un tratamiento racional y científico del cáncer de la mama, así como el cáncer de cualquier otra región del cuerpo humano es indispensable el conocimiento de la anatomía y la fisiología de la región afectada; los factores etiológicos; suceptibilidad individual, modo del desarrollo del cáncer, y la patología del mismo y las dificultades para hacer un diagnóstico precoz. Todos conocemos que la mama es una glándula de estructura compuesta y compleja, en posición expuesta constantemente al trauma con un desarrollo abundante de tubos linfáticos que drenan en las glándulas axilares infra y supra claviculares, en la región retro-esternal del mismo lado, y además otros tubos linfáticos que se cruzan de una mama a la axila opuesta recíprocamente. Además de los tubos linfáticos existen los tubos lactíferos, que se extienden de la superficie de la piel y penetran la substancia glandular subdividiéndose constantemente hasta confundirse con los vasos sanguineos rudimentarios.

Ostenta también esta glándula un gran número de glándulas secretorias con su epitelio en constante evolución fisiológicas estimulado por hormones durante la menstruación y por la acción mecánica durante la lactación. Esta gran masa glandular está subdividida por la facia superficial descansando por último en los músculos pectorales, también unidos a ella por tubos y glándulas linfáticas, por vasos sanguíneos que a corta distancia, forman ya parte de la circulación general del cuerpo.

Los factores etiológicos del cáncer en general que hasta la fecha son conocidos encuentran en la región mamaria un sitio vulnerable para estar expuesto constantemente al estímulo de la irritación mecánica y bio-química, termal, como causas predisponentes y finalmente a las infecciones parasitarias que son sin duda alguna la causa directa del desarrollo del cáncer. De manera que cuando la mama es el sitio de una infección lenta y prolongada la edema que acompaña a este proceso oprime y cierra numero-

sos de los tubos componentes y resulta un área donde la circulación linfática, láctea y sanguinea se retarda invitando la formación de quistes y abcesos. Sabido es que tal región afectada nunca vuelve a su estado original anatómico y mecánico estableciendo un estado potencial canceroso. La infección puede venir de la piel por conductos linfáticos o lactiferos o puede llegar al sitio por medio de la circulación sanguínea, en tal caso el factor pre-canceroso en la mama lactante es la infección, en la no lactante es el trauma; pero de cualquier forma ambos factores etiológicos están presentes y son los que finalmente han de determinar el estado maligno.

La acumulación de líquidos o secreciones en cualquier órgano ha de dar por resultado una vitalidad y resistencia bajas por intervenir con la acción fisiológicas de sus células y porque puede hasta cambiar su reacción química normal alcalina a una ácida que es el medio ambiente favorable para el desarrollo carcinomatoso; y éste es un verdadero factor contributivo. En la estimulación de las células hay una reproducción constante sin límites, sin propósitos que no obedece a ninguna de las leyes biológicas que gobierna el sistema y esto constituye el verdadero cáncer.

Signos físicos y síntomas: Los signos físicos y síntomas del cáncer de la mama presentan grandes dificultades para un diagnóstico precoz; aparece un pequeño tumor que es muy raro en el hombre y frecuente en la mujer; no es doloroso hasta su estado avanzado y desde luego al manifestarse el dolor y el tumor ya la enfermedad es casi o totalmente incurable. Cuando el paciente se da cuenta de que existe una masa es evidente que muchos cambios fisiológicos y patológicos se ha sucedido para producir tal estado de cosas. Se desprende pues, de estos hechos la necesidad de educar al público y especialmente a la mujer de atender con premura toda ulceración o infección que surga en la región mamaria y aún después de haber atendido estas condiciones anormales debe continuar bajo la vigilancia frecuente de un médico por un tiempo razonable que nos satisfaga la ausencia de toda posibilidad tendente a formar un tumor maligno.

Patología.

La patología de esta condición es de apreciarse siguiendo el desarrollo de los acontecimientos que por último han de determinar en cáncer. Observamos desde el principio el agente destructivo e irritante, cualesquiera que éste fuese, actuando por algún tiempo antes de que la ulceración de la piel, la destrucción de los tejidos, o la formación tumoral palpable se manifiesten. Seguida la irritación constante o intermitente proviene una reacción inflamatoria local, después la ulceración del sitio irritado con la consecuente reproducción de células para reemplazar las destruídas, resultando de ello una reproducción y crecimiento de células sin límites y sin gobierno o sea una verdadera revolución celular que producen la masa tumoral. Invade ésta la glándula y produce toxinas cachexia y por último la muerte del paciente.

En mujeres jóvenes la irritación o estímulo original es tal que inicia el crecimiento normal de las glándulas o puede diferenciarse de éste en que el agente irritante estimula la producción en gran cantidad del tejido conectivo. Dicho te-

jido se multiplica y extiende a medida que el tejido glandular crece formando una membrana que encapsula el tumor. En el caso que ha de resultar cáncer la multiplicación de las glándulas es tan rápida que las células glandulares invaden y perforan la cápsula invadiendo rápidamente los tejidos adyacentes. Lo que empezó como un adenoma probable se convierte en este instante en un tumor maligno activo y vigoroso. La mujer que tiene ese adenoma a los 20 o 25 años aparentemente es un tumor benigno pero lleva consigo un cáncer a los 30 ó 35. Este es un cambio que solamente el tiempo ha de determinar y por ello la necesidad de temprana intervención quirúrgica radical aún en casos de tumores benignos. Wanbasse así lo recomienda en su insuperable libro de ciruga.

Los acinos de la glándula mamaria están normalmente tapizados por una capa simple de epitelio, pero bajo la influencia de algún estímulo esta capa simple se convierte en dos, tres o más hasta que el lúmen del tubo se llena completamente con una masa compacta de células. Ya puede decirse que estamos luchando con un cáncer, sin aún haber invasión de los tejidos adyacentes por invasión del tubo o de la cápsula protectora; puede que el período de tiempo que ocupa esa reproducción de células sea más largo que el que tomen esas mismas células para traspasar la membrana básica o cápsula y producir la muerte del paciente. Así pues que, al patólogo rendir su información que la tumoración es cancerosa por el hecho de haber la invasión celular aludida, no sólo es un cáncer sino un cáncer avanzado. Este es el método en que reposa el patólogo para hacer su diagnóstico de malignidad y pierde la apreciación de las manifestaciones tempranas del tumor; siendo su ayuda pues, tardía; y puede tal procedimiento guiarlo a analizar y reportar un tumor por benigno lo que en realidad tenía un carácter maligno; por tal razón debe en este estado de cosas concebirse un estado pre-canceroso para juzgar y evitar las condiciones que instigan y estimulan el desarrollo del cáncer desaparecido a su debido tiempo. Los tumores, tales como adenoma, fibro-adenoma, adenoma quístico, enfermedad de Paget, abcesos, fisuras, erosiones, deben combatirse como elementos potenciales en la producción del cáncer, especialmente el adenoma.

TRATAMIENTO: El tratamiento del cáncer data paralelamente con el conocimiento de su existencia. Aún en los tiempos antiguos y medioevales se luchó por encontrar métodos adecuados para destruirlo. Por su carácter devastador, y por sus pocas tendencias a responder a tratamientos superficiales se pensó también en un tratamiento destructor, (a grandes males grandes remedios) y surgió el Cauterio en su forma primitiva y rudimentaria, pero aún la quemadura de él no fué suficiente para evitar la metastásis o la reproducción. Los tratamientos elegidos por los químicos y bacteriólogos en nada han afectado el crecimiento del cáncer y su reproducción. La cirugía basada principalmente en los conocimientos anatómicos y fisiológicos, ha tratado de extirpar el mal radicalmente aún haciendo extensas disecciones no solamente de la glándula mamaria, sino de toda la región muscular que la soporta y de todos sus tributarios linfáticos. Se han obtenido algu-

nos buenos resultados con este método solamente, pero que con los métodos modernos de investigación post-operatoria se han desvanecido a un por ciento muy mínimo.

Caída en el descrédito tales medidas surge el tratamiento por aplicaciones locales de Aroina que descartado también entre los médicos por su intensificación ganó algunos laureles indudablemente entre los llamados quacks o charlatanes.

En el 1896 aparece Roentgen con su descubrimiento de los Rayos que llevan su nombre y debido a su efecto cauterizador se abrigó grandes esperanzas para la curación radical del cáncer de la mama; pero después de larga experiencia también hemos visto desvanecidas nuestras esperanzas. En el 1898 el profesor Bequerel de la facultad de Paris invitatado a dar una conferencia en Londres sobre la potencia radio-activa de algunos elementos químicos llevó en el bolsillo de su chaleco una muestra de Radium que para aquella época existía en una forma impura y notó al regresar a su residencia que el radium había producido una quemadura de la piel y entonces invitó a los físicos y médicos a que se estudiase como un nuevo agente en el tratamiento del cáncer. Fué sometido a investigaciones que han llegado a apreciar la existencia de Rayos Alpha, Beta, y Gama siendo una combinación de éstos últimos dos en su aplicación clínica la gran esperanza de la curación definitiva del cáncer de la mama. Aún en los tiempos actuales el doctor Lawry de Chicago introduce el método de la operación radical del cáncer de la mama por medio de un aparato de alta frecuencia que consta de un cortador, un coagulador y un tubo de succión de manera que al cortar los tejidos en la amputación radical con su cuchilla eléctrica éste a la vez coagula los vasos más pequeños evitando la hemorragia, y los vasos mayores los cierra con el coagulador especial. El tubo de succión es para mantener el campo constantemente seco y evitar el uso de esponjas que actualmente se consideran como un factor que estimula la propagación de las células cancerosas durante la operación. El Dr. Quidgley de la Universidad de Nebraska en su libro "la Conquista del Cáncer tor el Radium y otros metales," prefiere usar en la amputación radical de la mama para cáncer la técnica que sigue: una aplicación intensa de radium el día antes de la operación ya con tubos o agujas o con cuchillas, una aplicación extensa de Rayos X en la parte superior del cuerpo, la mañana de la operación y entonces hacer la disección anatómica por medio de la cirugía dándole resultados verdaderos plausibles. En el cáncer avanzado e inoperable de la mama sólo nos queda para ofrecer al paciente, alivio obteniéndolo en la aplicación de Rayos X. En la disección anatómica debe hacerse una resección extensa de la piel afectada y dejar los colgajos sin unirlos totalmente y sí ligeramente aproximarlos con algunas puntas inasorbles temporalmente, para invitar el drenaje de las secreciones post-operatorias y algunas células cancerosas que pudieran existir en él. El defecto resultante de la excisión de la piel se podrá fácilmente cubrir más tarde por medio de transplantos de piel. La disección anatómica no tan solamente debe limpiar la axila de toda grasa y glándulas linfáticas y vasos que estén afectados, sino que también toda la parte esternal del pectoralis

mayor por donde traspasan los linfáticos que comunican un pecho a la axila opuesta y a la región retroesternal debe conservarse los nervios que pasen al borde del Latisimus-dorsis especialmente el toráxico largo, de esta manera resultará al final un brazo con mejor movimiento. Hecha la disección axilar y desprendidas las pectorales de su inserción, éstas se desprenden en su totalidad junto con las glándulas mamarias. El doctor Lawry, va tan lejos, que propone la extirpación de ambos senos, cuando uno de ellos está afectado por un cáncer operable, evitando así la metástasis que con frecuencia vemos después de la operación radical de un seno en el seno opuesto. La combinación de Radium, Rayos X y Cirugía del Dr. Quidgley ofrece por el presente el método más eficaz conocido y el que mayor número de curaciones ha alcanzado. El sistema de biopsia está contraindicado, puesto que tal medida ya es aceptado como un agente estimulador del crecimiento y rápida extensión del cáncer. También es ilógico por el mismo concepto hacer la aplicación del Radium y Rayos X post operatorios.

Cáncer Primario del Pulmón

DR. JOSE A. AMADEO (*)

Para el médico exclusivamente práctico apenas si ofrece interés alguno por lo muy poco frecuente y por ser prácticamente incurable. Para los que además sientan interés científico es un tema quizás interesante por lo muy superficialmente que ha sido hasta ahora estudiado y por las oportunidades inmensas que ofrece como campo fértil de investigación. Sinembargo el interés común humanitario nos debe inspirar a todos a interesarnos por una condición con una mortalidad hasta ahora de casi un 100% debido precisamente a que el Clínico sola mente la diagnostica muy de vez en cuando y casi siempre cuando ya es muy tarde, lo que no puede estimular a su colega el cirujano, a afanarse por mejorar su técnica operatoria, para poder siquiera ofrecer alguna esperanza al intervenir, como en el cáncer de otra localización anatómica, ya que por desgracia hasta ahora con la Roentgenoterapia y la terapia por Radium solo se han obtenido efectos paliativos casi exclusivamente.

De todas maneras en los centros médicos del mundo entero se está despertando cada día más el interés en esta condición porque cada día es mayor el número de casos que se reportan al extremo de haber ya perdido esta enfermedad su posición relativamente reciente de rareza clínica o patológica y de haberse ya desechado la vieja tradición de que Cáncer Primario del Pulmón es una de las enfermedades más raras, sin casi ninguna importancia clínica y cuyo diagnóstico ante mortem es prácticamente imposible.

Este aumento en el número de casos no es solamente relativo ni es en total resultado exclusivo de mas precisión en el diagnóstico. Los informes de las salas de autopsias en el mundo entero confirman este aumento real y positivo en la incidencia de Cáncer Primario del Pul-

(*) Leído en la Asamblea Anual del Distrito de Ponce, Junio 6, 1930.

món. Por ejemplo: entre las 5,000 autopsias que se hicieron en Bellevue anteriores al año 1917, solo se encontraron 8 casos de Cáncer Primario del Pulmón mientras que entre los 6,000 autopsias desde Julio de 1919 hasta Julio de 1925, se encontraron 29 casos de esta condición. En el Instituto Patológico de Caridad de Berlín en el año 1900 se hicieron 1,300 autopsias entre las cuales el número total de carcinomas encontrados fué 103 y de estos solamente 3 eran de Cáncer Primario del Pulmón, mientras que en el año 1906 se hicieron en esta institución 1,319 autopsias con un total de Cáncer de 140 de los cuales 6 eran Cáncer Primario del Pulmón. El Instituto Patológico de Kolzsvar desde el año 1870 hasta el año 1888 reportó un total de 145 casos de carcinoma y entre estos no se encontró un solo caso de Cáncer Primario del Pulmón mientras que en los años 1888 a 1905 reporta un total de 221 casos de cáncer y de estos 10 eran Cáncer Primario del Pulmón. En el Departamento de Patología de la Universidad de Minessota durante los años 1899 a 1911 entre 1,333 autopsias no se encontró ningún Cáncer Primario del Pulmón mientras que en los años 1912 al 1918 entre 2,026 autopsias se encontraron 4 casos de Cáncer Primario del Pulmón y en los años 1919 al 1921 en solamente 1,000 autopsias se encontraron 9 casos de Cáncer Primario del Pulmón. En la Universidad de Michigan entre las autopsias No. 1 hasta la No. 1,000, no se encuentra un solo caso de Cáncer Primario del Pulmón mientras que entre la No. 1,000 a la No. 2,000 se encontraron 3 casos y entre las últimas 450 autopsias se encontraron 4 casos de la enfermedad. Hay sinembargo localidades en las que el Cáncer Primario del Pulmón ha sido siempre mucho más frecuente y aún en estas la incidencia de la enfermedad es cada día mayor. Lo vemos en Leipzig donde el Instituto Patológico reporta Cáncer Primario del Pulmón durante los años 1900 a 1906 representando un 5% del total de casos de Carcinomas, el que asciende a un 11.23% durante los años 1914 al 1918 y aún a un 15% durante el año 1924. También en Chemnitz donde en el 1922 se encontró una incidencia de un 10.2% del total de Carcinomas el que ascendió a un 13.4% durante el año 1927. Por último lo vemos también en Basilea donde hasta el 1906 la incidencia de Cáncer Primario del Pulmón representaba un 1.7% del total de casos de Carcinoma reportados y este aumento hasta un 5% durante los años 1912 a 1924.

Averiguar con seguridad la causa de este aumento en Cáncer Primario del Pulmón sería casi determinar el factor etiológico del Cáncer en general y por desgracia aún estamos muy lejos de ello. Por lo tanto la literatura está llena de infinidad de teorías imposible de comprobar. El efecto experimental carcinogénico de la brea y sus derivados se ha utilizado por analogía para echarle la culpa a la generalización en el embreado de las carreteras y a la inhalación del polvo de estas. El automóvil como producto nuevo y reciente en la Civilización se le ha dado por algunos importancia como factor nuevo viciador del aire con sus gases del escape motriz. A la Pandemia de Influenza del 1919 por sus secuelas frecuentes de la metaplasia en el Epitelio bronquial, se ha considerado como factor importante predisponente. Solamente provocando una disminución en la incidencia de Cáncer Primario del Pulmón en los años subsiguientes se le podría dar peso a esta sugerencia. Las minas de Co-

balto del distrito de Schneeberg en Sajonia llamaron la atención por la frecuencia inusitada de Cáncer Primario del Pulmón entre sus mineros al extremo de reportar Rostoski, Saupe y Schmerl que de un total de muertes ocurridas durante tres años y medio entre 154 mineros que observaron, 15 fueron causadas por Cáncer Primario del Pulmón y comprobadas en la autopsia. Sinembargo, durante los últimos años al mejorarse las condiciones de ventilación en esas minas, la frecuencia de Cáncer Primario del Pulmón ha bajado a un nivel corriente. Al efecto irritante de los gases asfixiantes usados en la última guerra, se le da mucha importancia pero hace pocos meses Hoffman analizó los records de los 70,552 soldados de las Fuerzas expedicionarias Americanas, incapacitados por el efecto de estos gases sin encontrar una sola incidencia clínica de Cáncer Primario del Pulmón ni tampoco un solo "specimen" patológico en 546 autopsias hechas entre 1,221 muertes ya ocurridas entre estos soldados. La Tuberculosis naturalmente no podía pasar sin inculparse, pero he oído decir a hombres de una experiencia tan enorme como Landis de la Universidad de Penna. del Instituto Phipps de Philadelphia y el White Heaven Sanatorium del estado de Penna. que él solamente ha visto un solo caso en el que coexistiesen una tuberculosis activa con un Cáncer Primario del Pulmón. Además, el trabajo experimental de Taylor y Murphy, en Estados Unidos y de Centanniy Rezzessi en Italia ha probado que ratones con infecciones activas tuberculosas demuestran una gran resistencia a las inoculaciones de sustancias carcinogénicas y a las transplantaciones de células cancerosas y vice versa, ratones en los que se ha producido cáncer experimentalmente son más difíciles de inocular con éxito con bacilo de tuberculosis que los ratones normales usados como control. Naturalmente que lesiones tuberculosis viejas, cicatrizadas se encuentren con mucha frecuencia en las salas de autopsias, pero Ross encuentra que no son más frecuentes en Cáncer Primario del Pulmón que en otras enfermedades. Curiosidades médicas se encuentran siempre en museos patológicos y en la literatura y se da el caso de encontrarse un Cáncer Primario del Pulmón auténtico desarrollado en una cavidad vieja, inactiva, tubreculosa pero a coincidencias raras es difícil atribuirles un valor positivo etiológico. Mientras el cáncer Primario del Pulmón aumenta considerablemente, hay una disminución notable en Tuberculosis en el Mundo entero menos en Puerto Rico. Mc Crea encuentra que Cáncer Primario del Pulmón ocurre más de nueve veces en diez en pacientes que pasan de treinta y cinco años y que en los hombres predomina en una proporción de cuatro a uno comparado con las mujeres y se me ocurre, si el Cáncer aumenta mientras la Tuberculosis disminuye, y si en Estados Unidos la Mortalidad por Tuberculosis ha bajado en más de un 50% en los hombres y solo en un 14% en las mujeres, por sus regímenes y privaciones locas por adelgazar, no influirá algo en este aumento en la frecuencia de cáncer Primario del Pulmón al igual que en la de los otros cánceres el que la Tuberculosis haya dejado de diezmar y haya dejado madurar más material para ser arrasado por el Cáncer?

La histogenesis de Cáncer Primario del Pulmón no es fácil demostrarla en los casos avanzados pero en sus etapas incipientes es fácil comprobar que tiene dos orígenes principales y tan frecuentes, a saber: El Epitelio Bronquial y las glán-

dulas mucosas de los bronquios y el epitelio alveolar, que está generalmente aceptado que el Cáncer Primario del Pulmón es equivalente y sinónimo a Carcinoma Bronquial. Aún hay muchos como Robbins que consideran hasta los endoteliomas de la Pleura como realmente casos de metastasis de carcinomas primarios latentes del Pulmón no reconocidos clínicamente a tiempo.

La patología, la sintomatología, los signos físicos y el cuadro Roentgenológico y broncoscópico de Cáncer Primario del Pulmón son tan múltiples y variados que considerados independientemente tienden a una confusión enorme, difícil de esclarecer, sino apelamos a la ayuda de una clasificación. En toda la literatura no se encuentra una tan brillante, esclarecedora y que simplifique más el problema que la de Miller y Jones los que dividen la entidad patológica en diez tipos clínicos distintos, a saber:

Tipo 1:—El tumor es intrabronquial, nace de la pared de un bronquio y se manifiesta temprano por tos, pequeñas hemoptisis y algunas veces por disnea. Los signos físicos están ausentes o hay evidencia de alguna obstrucción bronquial manifestada por disminución en los sonidos respiratorios sobre un lóbulo o parte de este. La Radiografía es negativa hasta que no se establece estenosis del bronquio afectado cuando aparece aniebalda en el Roentgenograma la parte afectada del Pulmón. El diagnóstico se hace casi exclusivamente por examen broncoscópico. Chevalier Jackson y Orton han reportado muchos de estos casos en los cuales han extirpado por el broncoscopio muchos de estos neoplasmas con éxito completo. Reconocer temprano este tipo de la enfermedad, es de suma importancia pues es uno de los pocos que se pueden tratar con éxito y salvarle la vida al enfermo. Metastasis ocurren tardíamente en este tipo y casi nunca hasta no haber progresado la enfermedad a uno de los tipos más avanzados. Por la sintomatología estos casos hay que diferenciarlos principalmente de estenosis mitral lo que haremos en el exámen físico, y de Tuberculosis incipiente en la que nos ayudará una historia cuidadosa del caso, la edad del paciente, estudios bacteriológicos cuidadosos y repetidos del esputo, y el no aparecer lesiones parenquimatosas típicas de Tuberculosis en el Roentgenograma, con lo cual ya habrá bastantes sospechas del caso para someterlo al exámen Broncoscópico el cual revelará sin género de duda la naturaleza de este.

Tipo 2:—El tumor es peribronquial con infiltración y engrosamiento de la pared bronquial, extendiéndose las infiltraciones en el parénquima pulmonal con una distribución característica casi lineal. Los síntomas son generalmente tos, pequeñas hemoptisis, alguna disnea y algunas veces fiebre. El cuadro Roentgenológico es bastante típico y demuestra un aumento en la densidad de los Hilos pulmonares con radiaciones lineales hacia el parénquima. Se confunde frecuentemente con Tuberculosis, bronquiectasia y otras formas de inflamación crónica del pulmón, especialmente aquellas secundarias a infecciones en las vías altas respiratorias. La Radiografía en estas últimas demuestran generalmente las infiltraciones extendiéndose hacia afuera o hacia la base mientras que las infiltraciones neoplásticas generalmente son hacia arriba. Para diferenciarla de una Tuberculosis Hiliar puede ser necesario tener que someter el caso a la prueba de reacción focal por tuberculina observada Roentgenológicamente.

Tipo 3:—El tumor es un nódulo solitario circunscrito de bordes claramente definidos localizado bastante afuera en el parénquima pulmonar o cerca del hilo y conectado a este por una franja estrecha de tejido infiltrado. El origen de este tumor puede ser en la mucosa bronquial o en el epitelio alveolar. Se manifiesta igualmente por tos, pequeñas emoptisis, alguna disnea y dolor que puede ser referido a varias partes del pecho. Si la masa es bastante grande o está superficialmente localizada, la exploración física revelará un área de consolidación circunscrita. La radiografía es bastante característica y demuestra una masa aislada, densa, claramente discernible del resto del parénquima pulmonar, algunas veces conectada con el hilo por estriaciones lineales. Este tipo se encuentra raras veces y es muy poco maligno, con metastasis muy tardías. Hay que diferenciarlo de un goma solitario, el que se puede excluir, por la historia del caso, la ausencia de otras manifestaciones de sífilis tardía en el exámen físico, exámenes serológicos de la sangre y del líquido céfalo-raquídeo, y a veces solamente al ser sometido el caso a una prueba terapéutica. El curso clínico sobre todo, placas Radiográficas consecutivas, nos ayudarán a diferenciarlo de Tumores benignos, quistes, y abcesos tempranos del pulmón.

Tipo 4:—Es el tipo esclerótico. El tumor infiltra un lóbulo que se colapsa por obstrucción bronquial seguido de una fibrosis del parénquima pulmonar, o el tumor no obstruye el bronquio pero es seguido de una reacción prolífica de tejido conjuntivo que contrae el lóbulo. Los síntomas son muy marcados. Hay mucha tos seca o con esputos mucopurulentos, las hemoptisis son más frecuentes y abundantes, generalmente hay mucho dolor en el pecho, disnea marcada, fiebre, pérdida de peso y debilidad. El exámen físico demuestra retracción de la pared toráxica al nivel de la parte afectada especialmente si la lesión está localizada en el lóbulo superior, acompañada de limitación en las excursiones respiratorias, matidez marcada en la percusión y el sonido respiratorio en la auscultación puede estar ausente si ha habido atelectasia o puede ser de tipo tubular de lo contrario. Estertores pueden o no estar presentes. Los Rayos X demuestran una sombra densa con un borde inferior cóncavo, cuya demarcación es muy definida. Estos casos progresan muy lentamente y dan metastasis muy tardías por lo que se confunden con Tuberculosis crónica fibrosa. Exámenes cuidadosos y repetidos del esputo y la ausencia de lesiones típicas tuberculosas en otros campos del parénquima pulmonar, ayuda en el diagnóstico diferencial. Como este tipo da metastasis muy tardíamente, es factible si se reconoce temprano de una cura radical por lobectomía.

Tipo 5:—Es una fase muy avanzada de Tipo 2 y simula tumores del Mediastino. La radiografía demuestra una sombra densa, redondeada extendiéndose hacia afuera desde el hilo. Si el tamaño es bastante grande, puede dar signos físicos en la región inter-escapular consistentes en submatidez, disminución en los sonidos respiratorios y a veces estertores. Estos tumores hay que diferenciarlos de enfermedad de Hodgkin, Quistes Dermoides, adenopatías Tuberculosas, linfosarcomas y aneurismas de la Aorta. Las adenopatías de enfermedad de Hodgkin, tuberculosas y los linfosarcomas son casi siempre bilaterales. Los Quistes Dermoides cambian muy poco bajo observación y generalmente dan muy pocos síntomas a me-

nos que no se infecten. Aneurismas de la Aorta generalmente se pueden distinguir en la fluoroscopia, por la reacción de Wasserman, y por los síntomas y signos cardiacos secundarios.

Tipo 6:—Es el tipo Pneumónico que aparece como una consolidación de un lóbulo, simulando una Pneumonía Tuberculosa. El curso clínico, exámenes repetidos del esputo y por desgracia una metastasis temprana generalmente aclaran el diagnóstico.

Tipo 7:—Es el mismo tipo 6 que por necrosis del tumor progresa hasta formar una cavidad y si esta se evacua por un bronquio el cuadro clínico apenas si se puede diferenciar de un abceso pulmonar con expectoración abundante en paroxismos influída por cambios de posición del paciente, fetidez, etc. De todas maneras en estos casos avanzados no tiene mucho valor práctico el diagnóstico y este casi siempre se aclara por una metastasis o en la autopsia.

Tipo 8:—Es el de obstrucción por el tumor de uno de los bronquios principales y se manifiesta por una atelectasia masiva de todo un pulmón o uno de sus lóbulos con el cuadro clínico de una disnea profunda con signos físicos de una matidez marcada, ausencia de los sonidos respiratorios y desplazamiento del corazón y mediastino hacia el lado afectado, lo que se demuestra también en la Radiografía además de la sombra densa, hemogénea característica. El exámen broncoscópico revelará el tumor.

Tipo 9:—Es una forma curiosa en que el tumor se encuentra diseminado a lo largo del bronquio principal, en forma de nódulos diseminados. Los signos físicos son de los de una bronco pneumonía localizada. El diagnóstico es muy difícil y solamente posible de diferenciar por el curso de la enfermedad, y por desgracia, generalmente al hacer la biopsia de un nódulo linfático con metastasis, las que son muy tempranas en este tipo. El broncoscopio apenas nos ayuda por estar las lesiones muy abajo en las arborisaciones bronquiales.

Tipo 10:—Es el tipo de carcinosis miliar de los cuales hay muy pocos casos auténticos en la literatura, con origen en el epitelio bronquial y metastasis difusas y generalizadas en los dos pulmones. La mayor parte de las veces son carcinomas secundarios del pulmón y no primarios. El cuadro roentgenológico se asemeja mucho a una tuberculosis miliar confluente, pero en carcinomatosis, los focos tienden a ser más numerosos y más grandes hacia la base que hacía los vértices, y en tuberculosis miliar, por el contrario, tanto el número, como el tamaño de los focos individuales tienden a disminuir de los vértices hacia las bases. La disnea es muy marcada pero hay la tendencia a muy poca fiebre y los síntomas agudos de tuberculosis miliar están ausentes.

Las metastasis de Cáncer Primario del Pulmón son principalmente en los huesos, en el cerebro, hígado y estómago. Derrames pleurales ocurren con cualquiera de estos diez tipos en casi un 50% de los casos: Estos derrámenes Pleurales tienden a ser abundantísimos, a convertirse de un líquido claro en uno sanguinolento y después de aspiraciones repetidas, tienden a seguir reproduciéndose con una rapidez y una intensidad muy marcada. Casi siempre obscurecen el tumor pulmonar y muchas veces hay que sustituir estos derrames por aire con el método de Pneumotorax artificial para poder obtener la lesión en la Radiografía. El exámen etiológico de estos exudados pleurales a veces revela células cancerosas o

células grandes epiteliales con degeneración grasa muy sugestivas.

Vemos pues que no hay nada patonumónico en el cuadro clínico y en el exámen físico de Cáncer Primario del Pulmón, que el diagnóstico siempre hay que hacerlo por exclusión, y que la ayuda de los Rayos X y el Broncoscopio son indispensables.

Con los Rayos X o el Radium se obtienen resultados buenos paliativos, se prolonga la vida del enfermo, y sobre todo se alivia el dolor, pero los resultados curativos tienen que ser limitadísimos por lo sensible que es el parénquima pulmonar y el corazón a las radiaciones. Schmitz de Chicago ha repetido muchas veces e insiste en que el pulmón solo tolera una sola dosis completa de radiación, que el tratamiento no debe repetirse y que las veces que él lo ha intentado en intervalos que han variado desde dos meses hasta dos años, siempre se ha arrepentido, por el daño irreparable que ha hecho. En casos con obstrucción bronquial y atelectasia, que son tan frecuentes no se puede usar esta forma de tratamiento ni aún en dosis paliativas para aliviar el dolor, sin agravar el caso considerablemente, porque se produce siempre destrucción del tejido con necrosis, pneumonitis aguda y abcesos.

En el tipo tercero descrito y posiblemente en los tipos segundo y cuarto, un diagnóstico temprano quizás pueda llevar a una cura radical por intervención quirúrgica.

En ei tipo primero de la enfermedad la cura radical quirúrgica ya ha sido obtenida con la broncoscopia operatoria. Por lo tanto, se le debe dar mucha importancia a una ligera tos, con manchas de sangre en el esputo, especialmente cuando se encuentran asociadas a una disnea y hay dolor en el pecho y posibles signos físicos de atelectasia, en un hombre de más de treinta y cinco años en los que el esputo es negativo para bacilos de tuberculosis y no se debe omitir en ellos exámenes radiográficos del tórax y broncoscópicos lo más temprano posible.

Ponce, P. R.

Un concepto poco revolucionario y una nota terapéutica de la Tnberculosis (*)

DR. AMALIO ROLDAN

Señores Congresistas:

No veais en lo que sigue nada que pueda significar una opinión personal: nunca me permitiría opinar en un campo en el que apenas me creo con autoridad para hacer algunos escarceos y además sé que hay entre vosotros tisiólogos ya eminentes cuya valiosísima opinión quisiera poder pulsar, pues seguramente está más cimentada que la que yo pudiera sustentar, y por último como prudente y desapasionado ante un problema que puede al resolverse—si se resuelve—dar al traste con lo estatuído y con el modo de pensar entre el vulgo y entre los médicos, quiero conservar el derecho de poder cambiar de opinión o quedarme con la que más satisfaga a mis observaciones personales.

La idea por casi todos sustentada del *contagio de la Tuberculosis* pasó en mí por un período de crisis hará unos cuatro años la lectura después de una novela de José María Acosta titulada "El Morbo", —lectura que recomiendo a todos los tisiólogos—en que con maestría insuperable pinta el estado de pseudo-paria social a que queda reducido el desgraciado tuberculoso *solamente a partir de su primera hemoptisis y algunos casos* en que el elevado sentimiento familiar o el amoroso afecto de una compañera valerosa y enérgica han librado al paciente de la melancolía, de la desesperación y hasta del suicidio, me han hecho meditar hondamente y preguntaros a vosotros y en especial a los que tantas veces habéis demostrado vuestros profundos conocimientos en esta materia; Gutiérrez Igaravidez, Fernández García, Amadeo, Franco Soto, Coronas, Rodríguez Pastor, Gutiérrez Ortiz, Quevedo Baez, García de Quevedo, Roure, Lavandero, etc., preguntaros, repito:

¿Es contagiosa la Tuberculosis?

En España no llegó a hablarse de "Contagio de la Tuberculosis" hasta el año 1752 en que el gobierno dictó una Real Orden mandandó quemar todo el ajuar de los tísicos sin respetar las alhajas de oro, plata y pedrería cuya práctica no cayó en desuso hasta 1814, gracias a los esfuerzos de un eminente clínico español, Santiago García, Director de la Real Inclusa, que publicó un célebre y bien acogido trabajo titulado "Memorias en que se prueba la nulidad del contagio de la tisis", que resucitó el Dr. Camilo Calleja en el II Congreso Internacional Español de la Tuberculosis.

Un tanto tranquilizados los ánimos viene el descubrimiento del Bacilo de Koch y vuelve a flotar en el conocimiento universal el terrible e inhumano fantasma del contagio, de la tuberculosis pero esta vez con un temor harto convencional, puesto que este temor no alcanza al parecer al manejo de monedas y billetes de Banco, a pesar de haberse demostrado la capacidad de estos últimos sobre todo, para albergar el bacilo de Koch por millares y sin embargo, la humanidad desecha el temor a este tan codiciado vehículo y olvida sus temores de contagio; y hay que confesar que procede con verdadera lógica, pues si la peste blanca *ataca con cruel preferencia* a las clases menos acomodadas de la Sociedad,

(*) Leído ante la Asamblea Anual.—San Juan, P. R. Diciembre 1929.

estas clases sobre todo procurarán *acomodarse* aunque sea a costa de llevar consigo elementos tan peligrosos de contagio según algunos hiperbólicos contagionistas.

Desde que Eliseo Ribard en 1900 declara y demuestra por las autopsias "que la tuberculosis pulmonar es curable en todos sus períodos" al presentar pulmones con cavernas cicatrizadas; desde que el veterinario francés Nocard demostró que la tuberculosis bobina es algo muy diferente de la humana y paladinamente se ingertó en un brazo en pleno congreso un trozo de tejido tuberculoso de una vaca tuberculosa, hasta la conmoción producida por lo poco aceptada *aún* teoría de Ferrán considerando al Bacilo de Koch como una forma final y a veces saprofítica de la primera forma o Alfa; desde que Gil Casares, ilustre Tisiólogo de Galicia, declara valientemente después de 36 años de práctica en tuberculosos *que no cree* en el contagio de la tuberculosis; desde que otros musitan la misma creencia *sin atreverse a exteriorizarla por ser tantos y tantos* los intereses creados en la lucha contra la tuberculosis y la *creencia general en el contagio su más valioso acicate,* son muchos los médicos que creen que "va imponiéndose la evidente necesidad de proceder a una juiciosa revisión de valores. de cuyo análisis habría de desprenderse seguramente la urgencia de desechar la fatídica y deleznable teoría del contagio tuberculoso, puesto que admitida universalmente y sin género de duda la *Herencia morbosa* de dicho proceso y careciendo *en absoluto* de aquella experimentación clínica única que pudiera venir *a avalarlo,* no puede lógicamente sostenerse dentro del indispensable y sereno raciocinio clínico la trasmisión por este medio del temido proceso.

Aún si no fuera ésto bastante hay la innegable escasa frecuencia de dicho padecimiento en el cónyuge superviviente al fallecido por tal enfermedad y esto dice más en contra del contagio que cuantas teorías puedan aducirse para defenderlo y aun todavía hay más: Si como la Estadística con la más fría y abrumadora elocuencia viene demostrando, la difundida y tenebrosa idea del contagio, nada práctico ha venido a resolver, en el orden moral resulta verdaderamente monstruosa puesto que nada más frecuente que el ver a esos desgraciados enfermos apenas marcados con el estigma de tuberculosos ser inhumana y disimuladamente rechazados de sus oficinas, de sus medios de subsistencia, rechazados por sus mejores amigos, por sus próximos y aún por sus más íntimos familiares, hasta de su propio hogar y ¡quién sabe si estos estados vesánicos de las tuberculosis finales no podrán ser debidos a todos estos factores morales en vez de las toxinas microbianas a las que creemos hoy día como determinantes de estas vesanias tan frecuentes entre los inresignados o en los desesperados!

"¡Que miedo me tienen mis semejantes! Creen que soy un vivero de gérmenes mortales y que por donde paso voy inoculando la terrible enfermedad! (dice el protagonista de la novela de José María de Acosta). ¡Huid, imbéciles! que si yo poseyese ese *rico e inagotable* manantial de microbios peligrosos que me atribuís por muy altas que levantéis las barreras, yo me las compondría para escupir por encima de ellas y enviaros el ri-

co presente de unas cuantas miriadas de bacilos de Koch! Y en otro lugar de la obra: "Cada día mis semejantes me acordonan, me acosan, ahuyentan y van rompiendo todos los nexos que los relacionaban conmigo. Pero si me consideran un peligro, ¿por qué no me proporcionan aislamiento real y efectivo en un Sanatorio donde estuviese asistido debidamente? ¡Esto sería lo natural, lo lógico y también lo caritativo! ¡Aislamiento, sí, total, pero adecuado y con asistencia... Más no! cada uno, individualmente procura aislarse de mí, pero colectivamente no hacen nada. Y acción bienhechora ¡cero! Ni proporcionarme los medios de aislarme, ni si es posible, de sanar. Cerrar los ojos y huir cobardemente de mí, esto es todo lo que a la Sociedad se le ocurre hacer en mi caso... En el *medievo,* bárbaras leyes despojaban de sus bienes a los leprosos y los declaraban muertos civilmente y ordenaban quemar viva a la mujer leprosa que se hiciera embarazada después de la secuestración, a que eran condenados los atacados del hórrido mal. Pero extramuros de las ciudades se construían leproserías tan bien dotadas que muchos sanos aparentaban tener el mal de San Lázaro para ser confinados en ellas. Francamente se les expulsaban entonces de la Sociedad, pero se les daban medios de vida. Ahora hipócritamente parece que a los enfermos contagiosos la Sociedad los tolera en su seno, pero en realidad los somete a más depresivo aislamiento. ¡Poco hemos adelantado en el fondo! ¿Qué tiene de extraño que todos huyan de mí si hasta mi propia esposa, si hasta mi bondadosa y poco egoísta mujer hace tiempo que emprendió la misma prudente conducta?... Hasta ella *¡tan abnegada!* no desoyó los requerimientos del instinto de conservación. Recordaremos la máxima cristiana de: Amarás al prójimo como a tí mismo!

La literatura—más piadosa que la ciencia cuyo orgullo sufre a veces crueles latigazos — ha acumulado ficciones sobre el psiquismo de los tuberculosos que han llegado a crear un tipo *mítico* popularizado por la leyenda y divulgado en relatos novelescos y en fantasías escénicas imaginando al tísico como un sér poético nimbado de ilusiones, de afectividad exquisita de un espiritualismo exaltado. "La Dama de las Camelias" y la "Pobre Princesa pálida de los labios de rosa", de la Sonatina de Rubén Darío son magníficos ejemplos; pero estas arbitrarias concepciones no pueden sostenerse científicamente porque ese modelo ideal del Tuberculoso no existe: A lo sumo (dice Fernández-Sanz) lo que hace la tuberculosis es estimular las reacciones psíquicas, y aunque éstas (caracterizadas por exageración de sus cualidades peculiares, propensión a hacerse ilusiones, exaltación del erotismo, en los períodos más avanzados, etc.) se observen con constancia y claridad, sólo deben considerarse como derivaciones indirectas y mediatas de la infección tuberculosa no pudiendo admitirse que ésta ejerza una acción específica fijamente definida en la mentalidad del sujeto. Yo difiero de este modo de pensar del eminente psicólogo del Hospital de la Princesa de Madrid y creo que si tiene importancia lo que pueda estimular la tuberculosis la psiquis del sujeto, (como la parálisis general progresiva da su característica en los primeros períodos) tanto o más aún influye la labor mental reconcentrada, no exteriorizada del tuberculoso

al verse rechazado por una Sociedad incomprensiva, más que cruel, como expresa Acosta poniendo en boca de su personaje Jesús Manresa lo que decía más arriba.

Como un axioma tuvimos que el contagio tuberculoso se hacía por el esputo desecado reducido a polvo y aspirados los bacilos que invadían fauces y bronquios: Cayó esta teoría para dar lugar a la creencia que el aparato digestivo era el que por el conducto torácico llevaba al pulmón el germen tuberculoso: hubo cirujanos que extirparon parte de la porción cecal del colon para tratamiento de los gonartrocaces o artritis tuberculosas de la rodilla: Creímos que los vértices pulmonares por su peor ventilación y anemia relativa eran los más apetecidos para la consolidación del tuberculoma... y los progresos radiológicos nos demuestran que la tuberculosis pulmonar no comienza en los vértices, y son los hilios los con frecuencia primeramente afectados. Vemos en clínica lesiones pequeñas enormemente tóxicas y lesiones amplias que conlleva el tuberculoso perfectamente: febricitantes que ceden a cualquier cuidado o medicación y otros que resisten a toda terapéutica: En nuestra ansia de explicarnos estos fenómenos recurrimos a invocar el *Terreno,* las resistencias orgánicas: ¡esto tan vago! tan poco claro aunque parece es el cesto donde van a parar los rotos pensamientos de nuestra ignorancia: ¿No os han invitado todos estos y otros fenómenos—que no detallo por no dar a ésta demasiada extensión—a meditar hondamente sobre estos problemas? ¿No os parece muy oportuno—como se viene haciendo cada vez con más franqueza—el revisar lo estatuído para destruirlo o confirmarlo?

Dejo a su autor (el Dr. Gómez-Ruiz de Madrid) la responsabilidad de las afirmaciones que siguen y extracto—pues no quisiera rebasar los 20 minutos señalados—las que me hicieron meditar acerca de tan importante cuestión:

A mayor difusión y gravedad de una enfermedad se han puesto el mayor número de remedios y es la tuberculosis "la Peste Blanca" la que mayor número de ellos logró reunir. Médicos, físicos, químicos y hasta morales fueron empleados con fracaso constante en el mayor número de veces: Hasta las tuberculinas que tantas ilusiones desplegaron en un principio cayeron en desuso. Un nuevo destello las resucitó cuando aislada la capa cerea del Bacilo de Koch que era ésta la que producía las reacciones febriles y librando al bacilo de dicha capa cerea con sus sustancias semejantes a Lipoides, se obtenía en Londres, por varios investigadores una tuberculina que no daba reacciones febriles. Las esperanzas desaparecieron y se varió de rumbo para encontrar la sustancia o tratamiento específico. La Sanocrisina pareció resolver el problema de la especificidad y mientras la comisión alemana semicondena su empleo, los que van a Dinamarca (y el doctor Gutiérrez Igaravidez, con su alta autoridad puede hablaros mejor de esto), como H. Achilles (en Brasil, Médico, Mayo 1927), y Jaquerod después de un viaje a Copenhague, se muestran entusiasmados diciendo éste último (La P. M. Junio, 1927) que en el laboratorio de investigaciones biológicas de Madsen vió "hechos todavía únicos en su género que por sí solos valen la pena de un viaje desde los Antipodas". (Se refiere a los pulmones de animales tuberculosos curados completamente por la Sanocrisi-

na). Se citan cada uno con mas ahinco por Cowrard y Tallott (jour. des pract. Abril 1927) los errores dietéticos condenando la sobre-alimentación brutal a a base de raciones fantásticas de huevos o de carne cruda que tanto vive en la mente de los enfermos y familias. "Y todo esto es,—dice el autor—por el evidente error seguido desde hace cerca ya de medio siglo por los más ilustres experimentadores, los cuales se ocuparon solamente de entablar la acción específica contra el bacilo, olvidando las modificaciones histológicas de las zonas atacadas y consecutivas a aquellas perturbaciones del biologismo general en las que seguramente está la explicación científica del proceso tuberculoso y los datos más *racionales* en que inspirarse para encontrar un remedio. El tiempo, con sus lógicos razonamientos que destruyen pretéritos errores, ha venido a demostrar la exactitud de lo que antecede y así que el proceso tuberculoso es una de tantas enfermedades de la nutrición en la que la presencia *no siempre fatal* del bacilo de Koch tiene un carácter secundario representado por una simple *bacteria de adaptación* de origen, las más de las veces, *Saprofítico,* y por lo tanto, sin aquel *sello específico-determinante* que se le había señalado. Richet ha dicho, con razón, que todos tenemos algo de tuberculosos"; expresión feliz, que por lo mismo que no representa una abstracción *predisposición* necesariamente ha de referirse a la existencia de una modalidad, anormal en el estado anatómico o funcional por lo menos de nuestro sér y que arrancando—por lo general del propio momento de la fecundación cuando ésta viene acompañada de taras patológicas anteriores del momento,—llegara a evolucionar o no, hacia el completo desarrollo del proceso fímico, según resulte de la acción saludable o morbigla de los modificadores externos merced a los cuales se desenvuelve la vida (alimentación, aire,luz, etc., etc.,)y tan cierto es esto que antecede como que existen verdaderas y muy graves tuberculosis, sobre todo en las primeras edades que enunciadas arbitrariamente con los desorientadores disfraces de *raquitismo, escrofulosis,* constitución delicada, etc., etc., no son otra cosa que verdaderas taras patológicas de una tuberculosis en su primer grado de evolución.

El conmemorativo de los enfermos fímicos nos descubren siempre o casi siempre la existencia de sindromes de igual naturaleza en sus progenitores o en sus más próximos parientes consanguíneos; es decir, la existencia de una *tara patológica familiar* que como elemento básico anterior, preparó el terreno para la evolución tuberculosa. Esta *distrofia endocrina preparante* se aprecia con harta frecuencia y a veces con tal potencialidad que no basta a impedir la evolución del proceso, la permanencia y desarrollo del individuo en medios climatológicos diferentes. Si no fatal, nadie podrá dudar del papel principalísimo que juega la herencia patológica.

Resume el autor, que la Tuberculosis en sus diferentes determinismos en la especie humana, es el resultado de un estado distrófico del funcionalismo bioquímico de nuestros tejidos causado por un agente tisiógeno distinto muchas veces, del bacilo ácido-resistente de Koch y cuya intensidad patógena está en razón inversa de las energías de que el organismo dispone para su defensa. Es por tanto un proceso de origen y desarrollo quí-

mico-biológicos, cuyo más racional medio de ataque ha de consistir en provocar en el organismo enfermo aquellas *neutralizantes acciones quimio-terápicas* capaces de modificar el terreno donde el proceso pudo germinar restando elementos para su desarrollo y por lo tanto haciéndole posible de evoluciona hacia la curación.

Cuando por los progresos de la Endocrinología podamos conocer las distintas *situaciones hormónicas* que en cada caso sean responsables de la alteración físico-química determinante de los diferentes estados patológicos, estaremos más próximos a devolverles su normalidad o sea el alivio y curación.

Siguiendo estos rumbos de su pensamiento y recordando los trabajos de Jalon Choix con las esencias de menta y canela, (bactericidas) de Frudenreyck, comprobando la acción letal que sobre los bacilos ejercen determinadas esencias vegetales, así como los de Albin Menier con las esencias de hinojo y mostaza sobre el bacilo de Eberht y del Muermo, dirige el doctor Gómez-Ruiz sus investigaciones sobre ciertas especies de Labiadas abundantes en la región meridional española, selecciona los olorosos Thimus Hirtus, Vulgaris y Pipirella; la Lavanda en sus distintas variedades, la Salvia Oficinal y la Lavandulofolia; prepara sus extractos por digestión en el suero de Cabra (refractaria a la tuberculosis) y comienza sus ensayos en cobayos y conejos pudiendo demostrar la acción anti-tóxica y defensiva; repite sus ensayos en el Instituto de Alfonso XIII de Madrid, bajo el control del fenecido Bacteriólogo, Dr. Antonio Mendoza, sustituye el suero de cabra por el fisiológico, perfecciona la técnica de la preparación de los extractos de Labiadas y modifica después el suero añadiendo el glucosado y lleva su comunicación y los primeros resultados al II Congreso Español Internacional de la Tuberculosis (1912). Son premiadas sus conclusiones con Mención Honorífica. Extiende sus experiencias a las tuberculosis quirúrgicas con resultados aun más halagüeños, que comunica en el I Congreso Nacional Español de Medicina y llega a las conclusiones de que las perturbaciones ocasionadas en las glándulas endocrinas funcionando irregularmente alterando el medio interior donde vierten su contenido, son las responsables de las alteraciones patológcas y además ponen de relieve la fisonomía patológica del caso.

Yo estoy experimentando su producto que denomina Hormogen desde que llegué en Julio pasado, tiempo insuficiente aún para crear una convicción, pero en los casos presentados por el autor, se demuestra la acción del Hormogen como reguladora de las glándulas endocrinas, crea una hiper-leucocitosis, con notable aumento de los polinucleares a la vez que mayor regularidad numérica y morfológica de los eritrocitos disminuídos o alterados, lo que lleva a la exaltación de las defensas orgánicas. Esta acción quimioterápica de comprobada y positiva eficacia la cree el autor debida a los diferentes alcanfores y fenoles que tanto abundan (sobre todo los primeros) en las especies de Labiadas seleccionadas que por acciones combinadas y sinérgicas provocan reacciones químico-biológicas que ejercitadas a través del simpático (de excitación unas; de inhibición otras) tienden a restablecer el equilibrio Hormónico que preside a la nutrición celular normal (base de todo proceso rege-

nerativo) y a aquellas correlaciones químico-humorales que constituyen la más positiva defensa del organismo contra los productos infecciosos o tóxicos que puedan invadirlo. De aquí la polivalencia, pues al igual que al tuberculoso alcanza a otros procesos determinados por trastornos más o menos permanentes del metabolismo célulo-humoral consecutivos a indudables alteraciones endocrinas no siempre demostrables y que responden a especiales y variadas situaciones hormónicas difíciles de comprender por nuestro escaso conocimiento de las infinitas reacciones que tienen lugar en el complicadísimo laboratorio que constituye nuestro organismo humano.

Dejo la técnica—por demás sencilla, pues se reduce a la inyección hipodérmica o intramuscular distanciada según las reacciones— para otra ocasión, limitándome a dar cuenta de esta nota terapéutica que hoy presento como preliminar. Los mejores resultados, según el autor, se han obtenido en las pleuresías, en el mal de Pott, en las distintas manifestaciones quirúrgicas (fístulas, osteitis, coxalgias, etc., y por último en la Tuberculosis Pulmonar: Por el orden expuesto.

Me he limitado, como habréis podido observar, a daros cuenta de una nota terapéutica preliminar animado de los mejores propósitos sin entusiasmos ni desesperanzas. ¿Será eficaz o será *una medicación más* en el enorme arsenal de medicamentos anti-fímicos? El tiempo lo dirá: Yo prosigo mis experiencias, convencido—eso sí—de que sólo bien procuro a mis pacientes con esta terapéutica.

Y para terminar, como empecé, quiero hacer constar que en nada menoscaba mi pregunta a la hermosa campaña emprendida y hoy afortunadamente incrementada en nuestra Isla contra la tuberculosis; que si bien una revisión de valores pudiera variar los métodos, formas u orientaciones de la campaña mundial anti-tuberculosa, no está demás—siguiendo pareceres ya expuestos por eminentes tisológicos— preguntaros de nuevo: ¡Compañeros! ¿Es contagiosa la Tuberculosis?

Sanatorio "Auxilio Mutuo",
Hato Rey, P. R.,
Diciembre, 1929.

Alimentación Infantil

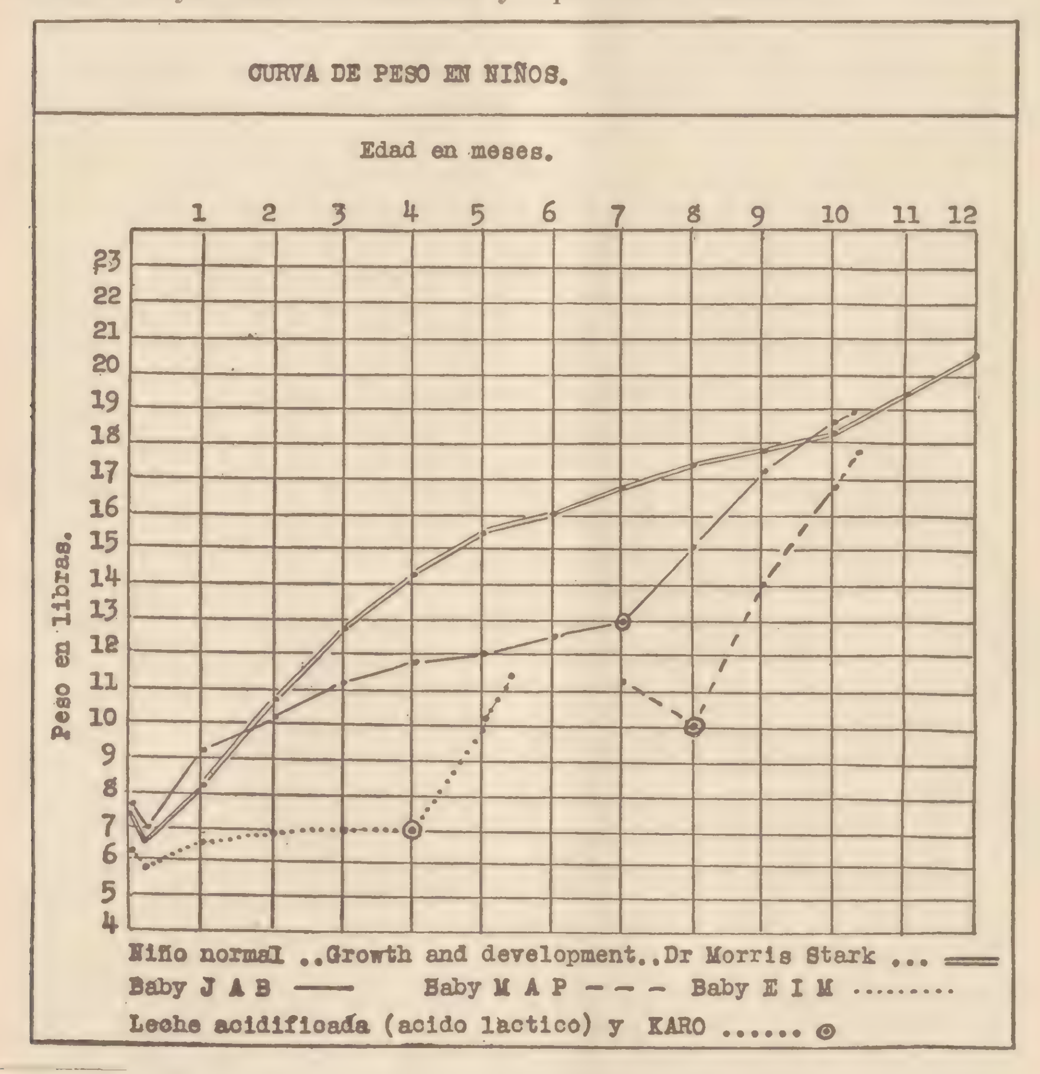
El uso de leche de vaca con ácido láctico y Karo.

DR. RAMON M. SUAREZ (*)

Hace poco más de tres años empezamos cautelosa y esporádicamente a usar esta alimentación preconizada por Marriot y sus asociados de St. Louis en 1919.

Según íbamos viendo regresar los casos al consultorio y notar cómo habían progresado, nos atrevimos a usarla cada día en un mayor número de enfermos y sigue una cuarta parte de nuestra clientela infantil.

La usamos preferiblemente en los babies que están bajo peso, atrépsicos o que no han podido digerir las distintas actualmente, es ésta la alimentación que fórmulas de alimentación artificial a que fueron sometidos.



(*) Clínica dada ante la Asociación Médica de! distrito de Aguadilla.—Agosto 3, 1930.

Consideramos esta alimentación como una alimentación concentrada, puesto que podemos administrar un mayor número de calorías en menos cantidad de líquido. Cada onza equivale a 25 ó 30 calorías.

Como ustedes verán no es éste un alimento de esos que engruesan rápidamente, produciendo un niño de oesidad aparente, pálido y débil, gordura producida por la acumulación de agua dentro del tejido conectivo. Se ven estos niños saludables, con buen color y sus tejidos son duros y elásticos al tacto.

En la preparación del alimento no seguimos las indicaciones de su originador que consisten en añadir a un cuartillo de leche de vaca hervida y fría, 120 gotas de ácido láctico químicamente puro muy lentamente, gota a gota moviendo constantemente la mixtura, virtiendo entonces una onza u onza y media de Karo. Preferimos la técnica que vimos hace 3 años usar en distintos Hospitales de Nueva York, pues es más rápida y quedan los coágulos uniformemente pequeños. Las 120 gotas de ácido láctico se añaden primero a la onza u onza y media de Karo y dentro de ésto se vierte la leche toda de una vez moviéndose rápidamente.

Se puede usar la misma fórmula para todas las edades, como también se puede dar en cada botella la misma cantidad que de cualquier otro alimento se le daría al niño de acuerdo con su edad, esto es: 2 onzas más que el número de meses, pero los intervalos entre las comidas debe ser cuatro horas y no más de cinco comidas en las veiticuatro horas.

Me permito demostrarles una gráfica preparada por Gerstley y que aparece en uno de los últimos números del American Jornal of Diseases of Children, donde se estudian los distintos ácidos que se encuentran en las heces fecales de los niños y se compara el peso de las mismas en los niños que están alimentados al pecho y los que reciben leche de vaca como único alimento. Llama la atención en esta gráfica la ausencia del ácido fórmico en las heces fecales de los niños alimentados con leche de vaca y la presencia del mismo en los alimentados a pecho, la presencia del ácido propiónico en los alimentados con leche de vaca, ácido que no aparece en la columna correspondiente a leche materna.

Otro dato que llama la atención es la presencia del ácido láctico en una cantidad equivalente alrededor de 55cc n|10 NAOH en veinticuatro horas que contrasta notablemente con la casi desaparición de este ácido en las heces de los niños alimentados con leche de vaca, notamos además que apesar de la mayor cantidad de acidez volátil y de acidez titrable total en estos niños, en cambio el pH demuestra tendencias hacia la alcalinidad; siendo 6.32 en ellos y sólo 4.54 en los alimentos al pecho. El peso total de las heces pasadas en veinticuatro horas es más de cinco veces mayor en los alimentados con leche de vaca, representando estos últimos 246.9 gramos y 40.6 los primeros apesar de haber ingerido ambos aproximadamente la misma cantidad de alimentos: 730.8 gramos.

Con estos datos en mente pasemos a estudiar los tres casos que presentamos esta noche. Por la gráfica que acompaño podrá notarse fácilmente que estos

tres niños se encontraban considerablemente bajo peso y dos de ellos en un estado atrépsico marcado aumentando después de haber empezado esta alimentación desde dos a cuatro libras mensuales y uno de ellos se encuentra hoy de peso por encima de la curva que de acuerdo con el Dr. Morris Stark de Nueva York representa el peso normal para su edad.

No quiero dejar pasar esta oportunidad sin referirme al caso M. A. P. que ví por primera vez cuando tenía 7 meses pesando 11 lbs. y una onza y exhibiendo un cuadro clínico típico de escorbuto confirmado que fué con los rayos X y con la prueba terapéutica de jugo de china. *Es este el segundo caso que hemos podido diagnosticar de escorbuto y lo referimos porque consideramos esta enfermedad que estan frecuente en el Norte, muy rara en Puerto Rico.* Solamente prescribimos el jugo de china cuando vimos al niño por primera vez y un mes después cuando volvió a nuestro consultorio empezamos la alimentación con leche láctica, las petequias y el dolor que hacía imposible mover ni tocar al niño durante nuestro primer examen, habían desaparecido de acuerdo con las manifestaciones de los familiares, hacía más de dos semanas.

Las heces fecales de estos tres niños son todas neutras al tornasol, en todas predominan las bacterias Gram negativas (60%), la digestión en todas es completa exceptuando la presencia de muy escasos residuos protéicos y el pH de 6.9, 6.8 y 7.2 respectivamente.

La orina de J. A. P. tiene un pH de 6.8 y la de E. J. M. de 6.9, albúmina glucosa Indican y sedimento normales en ambas.

El peso de las heces J. A. B. pasadas en 24 horas es de 36 gramos y la de M. A. P. de 30 gramos.

Las ventajas que encontramos en esta alimentación son las siguientes: Al igual que la leche materna, la leche acidificada no neutraliza el HCl del estómago y por lo tanto tiene una acción "buffer" sobre el jugo gástrico. Uno de los inconvenientes de la leche de vaca es no solamente el que la cantidad de proteína en ella es de 3.5% mientras en la leche materna es 1.25% sino que la caseína forma unos coágulos o grumos de mayor tamaño y por consiguiente de más difícil digestión. La leche acidificada y aumentada en calorías con el Karo forma unos coagulitos muy pequeños que son necesariamente tan fáciles de digerir como los que se forman por la acción del HCl sobre la leche materna.

El Karo es un sirop extraído del maíz y contiene 55% de dextrina que es una azúcar que fermenta con mucha dificultad, 30% de maltosa y 15% de glucosa. Si se tiene en cuenta la poca fermentación que pueden producir estos azúcares mixtos y que es casi imposible la fermentación en presencia de un exceso de proteínas, nos explicaremos fácilmente el porqué casi nunca hemos encontrado casos de diarrea en los niños alimentados con esta fórmula. Ni siquiera la hemos notado complicando las afecciones agudas o catarrales cuando son generalmente tan frecuentes las descomposiciones en los niños.

El Ph de la leche de vaca normalmente es de 6.5 y en la leche acidificala con ácido láctico el pH baja a 4. Se sabe que ésta acidez inhibe el desarrollo de

ciertas bacterias y además se ha experimentado inoculando B. Coli y B. Dysenteriae en este alimento y no se ha conseguido ningún crecimiento a las 24 horas.

Al empezar a usar esta alimentación, por tener la misma un exceso de proteina temíamos producir en algunos de nuestros casos lo que se llama Czerny el "milk injury" que es exactamente igual a lo que Finkelstein tituló "Disturbed nutritional balance". Esto es; temíamos que nuestros niños aumentaran de peso durante uno o dos meses y que entonces quedasen estacionados, se pusieran pálidos y perdieran la dureza y elacticidad normal sus músculos y tejidos subcutáneos y al mismo tiempo apareciere la escreta alcalina y blanquecina, coteniendo grandes grumos de jabón, cuadro que caracteriza clínicamente la "milk injury" de Czerny. Todavía no hemos visto un sólo caso que no presente una apariencia física normal y unas escretas amarillas y perfectamente homogéneas y digeridas.

Consideramos por lo tanto que esta alimentación merece por lo menos que se le dé un uso más amplio en Puerto Rico, porque resulta más económica, porque es fácil su preparación y está al alcance de cualquier inteligencia y porque conservándose bien aún fuera del refrigerador y siendo por razón de su alta acidez un medio refractorio al desarrollo de ciertas bacterias patógenas podría ayudar un tanto a reducir la alta cifra de mortalidad infantil.

BIBLIOGRAFIA

1—**W. McKim Marriot** — Artificial feeding of Athreptic Infants—J. A. M. A.—Vol. 73.—1178—(Oct. 18, 1919)

2—**W. McKim Marriot**—Acidified Whole Milk as a Routine Infant Food.—J. A. M. A.—Vol. 81—1923—Page 2007.

3—**Baremberg, Abramson**—Five Years clinical Experience with Lemon Juice Milk—Am. J. Dis. of Child—Vol. 39—May 1930—Page 948.

4—**José Ma. Rosell**—Coprología Clínica.

5—**Gerstley, Chiche Wang & Agnes.** A. Wood—Influence of Feeding on certain acids in Feces of Infants. Am. J. Dis of Child—Vol. 39—No. 3, Mar. 1930, Page 487.

mejor calidad dan los resultados mejores. La ciencia moderna ha progresado rápidamente en sus procedimientos de purificación del aceite, culminando estos esfuerzos en los preparados por los grandes fabricantes de productos farmacéuticos. Entre estos figura en lugar prominente la casa E. R. Squibb & Sons, de Nueva York, manufactureros del Aceite de Hígado de Balacao Squibb Simple y del Aceite de Hígado de Bacalao Squibb con sabor a Menta, ambos productos de gran éxito. Durante casi tres cuartos de siglo la casa Squib viene siendo reconocida como primera en el campo farmacéutico y sus productos son considerados como normas de calidad en todas partes del mundo. (Anuncio)

KELLOG COMPANY (*)

Uno de los mejores ejemplos de eficiencia y progreso en la preparación de alimentos lo da, sin duda, la fábrica de la Kellogg Company, de Battle Creek, Michigan, EE. UU., en la cual se prepara una gran parte de los productos cereales consumidos en ese país. Se dice que la Kellogg Company es la fabricante de productos cereales a punto de servirse mayor del mundo.

El grado de limpieza que prevalece en dicha fábrica, es probablemente algo sin paragón. Las materias que entran en la fabricación, pasan por las diversas operaciones de ésta mediante conductores móviles del sistema sin-fin. Así se evita prácticamente que manos ajenas toquen lo que uno tiene que comer. Lo que no obsta para que se ponga el mayor cuidado un personal, en cuanto a perfecta limpieza y salud. Los empleados disponen de duchas, salas de descanso y de la última palabra en cabinetes higiénicos. Todos visten nítidos uniformes de cuya limpieza cuida gratuitamente la misma fábrica, estando absolutamente prohibido trabajar en ésta con ropa de calle.

Consecuente con los principios propagados por la campaña, en el sentido que una alimentación sana es indispensable a la salud y felicidad humana, la compañía mantiene su propio restaurant para que en él puedan los empleados comer lo mejor a un precio mínimo. Y es en la propia cocina de esta fonda donde se prueban todas las recetas de cocina que luego la Kellogg distribuye a sus clientes.

Otra peculiaridad extraordinaria de la fábrica Kellogg es su casa de socorro, con una enfermera día y noche. También disponen de los servicios de un buen médico, encargado de velar por la salud y bienestar de los empleados. Las empleadas que son madres de niños menores, disponen de una sala ideal donde se cuida a los pequeñuelos. Todos los días hay un promedio de veinte bebés jugueteando felizmente a la luz del sol. Los mayorcitos disponen allí de juguetes y hasta de pizarras donde garabatear las primeras letras, sin que falten siquiera sus momentos de música fonográfica con discos apropiados. A mediodía se sirve a los pequeñuelos una nutritiva comida. Una buena maestra de párvulos está encargada de esta sección, bajo la tutela del médico. Las personas ricas no podrían esperar nada mejor para sus hijos, sin embargo de que este servicio es enteramente gratuito. También disponen estos niños de columpios cercados de arena y toboganes, en un compartimento del campo deportivo que hay en las inmediaciones de la fábrica. Este campo es el mejor en todo el estado de Michigan, aunque la Kellogg Company lo sostiene para uso exclusivo de sus empleados. Pero también hay su sala de espectáculos; un magnífico y espacioso salón para reuniones y bailes, y con escenario para representaciones teatrales. La fábrica está situada en medio de un parque, lejos del polvo de la ciudad. La superficie conjunta de sus pisos alcanza a más de 10 hectáreas. Todos los edificios son a prueba de incendios, construídos con cemento armado. Uno de ellos, "el molino de maíz," se considera el mejor en su clase en todo el mundo. En el se hace la sémola de maíz que entra a formar parte de los diversos productos cereales. Con depósitos de grano, hay cuarenta y siete enormes tanques de hormigón con una capacidad total de medio millón de hectólitros. La Kellog emplea cerca de dos mil personas, que trabajan, en tandas de a ocho horas, de forma que la fábrica no para en todo el día. La producción corriente de la fábrica, es de un millón y medio de paquetes diarios de sus diversos productos, o sean unos 65 vagones de ferrocarril. Los paquetes de cartón y los envases de embarque se hacen también en la fábrica. Por este concepto se consumen 150,000 toneladas de papel parafinado con que se forran los paquetes por dentro y por fuera, se fabrica allí, para esto se requieren más de 12 toneladas de parafina por semana. La Kellogg fué la primera en proteger herméticamente sus productos cereales, por medio de forros parafinados.

(*) Anuncio.

El equipo tan especial de aparatos, que exige la fabricación de los productos Kellogg, requiere también un gran taller de reparaciones mecánicas y eléctricas. Se necesitan cinco mil caballos de fuerza para mover la fábrica, cuya fuerza se genera ella misma. La instalación de la fábrica comprende 1,300 máquinas. Diariamente se consumen unos cien mil metros cúbicos de gas en los hornos-tostadores. Hasta este gas se fabrica en un gasómetro de la compañía. Es por razón de sus enormes recursos, que la compañía logra esa alta, uniforme e invariable calidad en sus productos. Sus paquetes, impresos en verde y rojo, son de hecho conocidos en todos los países del globo, con su nutritiva y sabroso contenido, siempre fresco y crujiente en el interior parafinado de los mismos, por muy lejos que vayan.

La Kellogg produce una gran variedad de productos careales, de maíz, arroz y trigo; y además de su fábrica central de Battle Creek, tiene otras en Cleveland (Ohio, EE. UU.), London, Canada y Sidney, Australia. (Anuncio).

PENNSYLVANIA HOSPITAL INSTITUTE FOR MENTAL HYGIENE

111 N. 49th. Street, Philadelphia, Pa.

Dear Doctor:

The Pennsylvania Hospital announces the opening of its Institute for Mental Hygiene and asks your co-operation, especially for two ventures—one in finding a new type of medical patient and the other in finding a fair rate of charges for patients of moderate means. These ventures cannot succeed without the help of the leaders in medicine in this community.

The Institute is planned for patients who will weet the physicians more than half-way in recognizing that they need help—for fatigue, worries, fears, maladjustments, difficulties in getting on with other people or at their work. The services are for both out-patients and resident patients. There are private accommodations of any type desired for those who remain at the Institute for extensive diagnostic service and treatment. Mental factors as well as physical will be sought out and treated. Classes in occupational and physical therapy, music, and recreatation can be used by out-patients or by the patients of any member of a County Medical Society who wishes to make arrangements for them with the occupational or physical director. Children will be received in the out-patient department and in the Franklyn School for problem children. The Institute is not licensed and cannot receive any committed patient. It will be greatly interested in toxic mental disturbances and in problems of general convalescence.

An experiment in medical economics is also planned. It is believed that many patients are now hiding their troubles from physicians because they dread unknown charges on one hand and free clinics on the other. The Institute will try to furnish an actual cost-of-care service designed to give people of moderate means every essential of good treatment including privacy and choice of physician, but with no element of charity. Its experience with such patients it will at once give to physicians in private practice in the hope that a new group will come to physicians' offices for help. Private full rate patients will also be received, and the Institute will be ready to help suitable low rate and free patients.

Patients may be referred for supervision and treatment or for consultation only. When patients are referred for treatment, the Institute invites the physician to act as consultant.

Applications for private patients should be made to Miss Anna L. Frost, and for other patients to Miss Elizabeth McCord, both at Granite 1100, or by letter to the undersigned.

Lawrence H. SMITH.
Executive Medical Officer.

INGRESOS A LA CUENTA DEL EDIFICIO MEDICO

Dr. A. Montavo Guenard	$25.00
" A. Navas Torres	25.00
" Julio Palmieri	25.00
" Rafael Bernabe	25.00
" Luis M. Biamón	25.00
" J. Nada Grau...............	10.00
" E. Fernández García	10.00
" P. Gutiérrez Igaravidez	10.00
" J. M. Quiñones	10.00
" Jorge del Toro	10.00
" A. Otero López	10.00

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

Año XXII. | Octubre de 1930. | Núm. 181.

Puerto Rico and some of its Health Problems (*)

Dr. Ramón M. Suárez.

Puerto Rico is a rectangular island 100 miles long and 36 miles wide. It is set entirely within the tropical zone at a distance of 1400 miles from New York and is easily reached by a 3½ days voyage.

The temperature ranges from an average of 72° in January to 82°F. in August, the hottest month. There is a daily sea breeze. The evenings are cool, specially in the mountainous interior of the island.

The inhabitants number a million and a half, all American citizens. The average square mile holds over 400 people; this may be compared with the figure of 398 per mile, which obtains in Japan, one of the most densely populated areas in the world.

Agriculture is the main industry. Sugar cane, citreous fruits and cocoanuts grow near the seashore, and coffee and tobacco in the interior.

You will be interested to learn that 98 years before the marriage of Pocahontas, an indian princess named Caguas was wedded to one of the invading spaniards. This was about a century before the founding of Jamestown in 1607.

It is interesting also that the first governor of Porto Rico — a predecessor of Governor Theodore Roosevelt—was Ponce de León. He sailed from San Juan in search of the fountain of youth. Upon reaching Florida he was wounded and died in Cuba. His ashes lie in Porto Rico.

It is from the oldest city under the American flag that I come to visit our alma mater, and to bear a message of sympathy from your distant colleagues and fellow citizens.

Those who send you this message are in a state of perplexity, harassed by troublesome conditions, some of which I shall briefly describe.

In contrast with the insular country of Japan where 3/5 of the arable land is owned by small peasant proprietors, the island of Porto Rico has seen during the last 30 years, the disappearance of 30,000 small proprietors under the consolidating influence of large agricultural trusts. The island is worked by many and controlled by few.

This is graphically described in the following paragraph taken from an article about Porto Rico written by Dr. Sherman of Columbia University which appeared in the July number of the *Journal of Home Economics*: "Absentee or incorporated "entrepreneurs" inmune to

(*) Paper read before the medical and public health staffs and the junior and senior classes of the Medical College of Virginia. September 23, 1930.

local public opinion but served by local lawyers and intent upon extending their areas of exploitation, are apt to find ways of getting what they want. For a small farmer to attempt to hold out against the "logical economic development" of the sugar or tobacco industry, is to put himself in much the same position of a pedestrian attempting to hold the right of way against a steam roller. But developments which are logical from the standpoint of business economics are not always socially beneficial, "Agriculture is not only an industry, but also a way of life."

Extreme overpopulation, massive unemployment, dire poverty form the social background of our high morbidity and mortality.

In 1929, ths infant mortality rate was 179 compared with 69 in the U. S. 30,000 are born each year; of these one half are dead within five years. Intestinal infections rank first on the list of our mortality statistics.

Despite severe malnutrution rickets is very rare. This fact is a strong corroboration of the sunlight theory.

Our tuberculosis mortality is highest in the world, at least for countries in which there are reasonably accurate statistics, 4,442 deaths in the last year from the pulmonary form. T.B. of bones and glands occurs less frequently than in U. S. perhaps because the milk is always boiled or because of the abundant sunlight. Through the influence of Governor Theodore Roosevelt many social and benevolent institutions—most prominently the American Child Health Association, have joined in the fight against the pitiful health situation.

Malaria control work should be carried out on a large scale, if at all. This is specially true in Porto Rico, where the malaria problem is intimately related to the sugar industry. The irrigation systems must be made perfect and the workmen's habitations must be placed in malaria-free areas. In the work against malaria and also against hookworm the Health Department of Porto Rico has had the most welcome and effective cooperation of the International Health Division of the Rockefeller Foundation.

Way back in 1765 King Charles III of Spain ordered Alexander O'Reilly to report on Porto Rico. The report contained these statements: These people, lazy as a class, unrestrained by the government, extended over the mountains and valleys, built themselves miserable hovels and lived on 2 or 3 plantains together with native fruits and a number of cattle which roamed the mountains." "These men were worthless and lazy". "To encourage such laziness there was a balmy climate."

Flinter in 1834 said "The common white people swing themselves in their hammocks all day long smoking cigars and scraping their native guitars."

The people were thus traditionally stigmatized as lazy, indolent anemic poor white trash.

That this was not true, was proven when in 1899 Col. Ashford of the Army Medical Corps discovered that the prevalent anemia was due to an intestinal parasite, named by Stiles as Necator Americanus. In 25% of the cases there was associated infestation with ankylostoma duodenale as shown by Gutiérrez Igaravidez.

Despite the fact that uncinariasis is a chronic debilitating affection which is said to prepare the victim for other diseases, we have found that the most heavily infested district—with a morb-

idity of 95% — has the lowest general mortality in the island. In the urban zones the hookworm rate is 45-85%; in the rural zones 80-95% and in the graded schools 30%.

The mechanism of production of hookworm anemia is, as you know, a debated point. There is strong evidence against loss of blood as the cause, 1st the stools rarely contain blood, 2nd the worms rarely contain blood, 3d some individuals infested with very few worms present a high degree of anemia.

It is reported from China that for every 12 hookworms harbored a depression of 10% in haemoglobin might be expected. Smillie in Brazil, found no clinical symtoms in patients harboring less than 40 worms. Others place the minimum at 50.

The prevalent anemia of Porto Rico which is still one of our greatest problems, has been variously attributed to climate, hookworm, mineral and vitamin deficiencies and to hunger.

The question of hunger and nutrition is so important that I should like to devote a few words to it. The Porto Rican peasant breakfasts on coffee and a small loaf of pale white bread. His lunch consists of a large quantity of polished rice and kidney beans, with scanty vegetables. His dinner is a stew of rice, chick-peas, pumpkin and perhaps one or two tropical vegetables such as "yautia". One or twice a week he has the great good fortune to eat a salted codfish. This diet has been taken without variation since childhood. Many of these individuals have never had meat, eggs or milk.

The caloric intake is usually over 3,500 a day, almost all carbohydrate. Fat is scarce . The highly important special essential proteins are almost entirely lacking as well as vitamin "A". The beans furnish enough vitamin "B" to prevent the development of beriberi; mangoes and other local fruits growing by the roadside which sometimes come within the reach of the poor seem to protect them from scurvy, with a large supply of vitamin "C" and as I said before the abundant sunshine evidently produces enough vitamin D to make rickets almost a medical curiosity in Porto Rico.

In collaboration with Dr. Rodríguez Molina, who is also a graduate of M. C. V, I published the first few cases of so called tropical anemia, treated with noticeable improvement with a diet high in nitrogen. We then studied 10 cases of severe anemia and uncinariasis. These patients had Hb of 10-20%, and RBC of 800,000 to 1,200,000. In every case it was possible by means of a balanced diet rich in protein, plus liver extract, to bring up the blood to a condition of mild secondary anemia: Hb:70-75%; R B C:— 2,500,000 to 3,000,000. At this point in the treatment and not before we administered the vermifuge, 2.4 cc. of a mixture of 2 parts of carbon Tetrachloride to 1 part oil of chenopodium. Each person expelled between 200 and 600 worms.

We have been able to explain, at least to our satisfaction, the absence of rickets in the island and the rarety of beriberi and scurvy. There are a few questions, however, that we have not been able to answer. Here are some of them: Why is it that we do not have meningococcic meningitis? Why is scarlet fever so rare and shows such a modified and attenuated course that makes it a very difficult clinical diagnosis? Why the rarity of erysipelas and of rheumatic fever?

We have not found a single case of

Aschoff bodies nor of mitral stenosis in 392 careful post-mortem examinations of the heart, performed by the pathologists of the School of Tropical Medicien. Why are these supposedly streptococcic infections of such a negligible morbidity in Porto Rico? Is it that the streptococcus looses its virulence under the effects of some unknown tropical influence?

What is the immediate cause of the so-called filarial lymphangitis? What is the real basic etiological differentiation between Pellagra, combined Cord Degeneration, Sprue and Pernicious Anemia? May not each one of them be an expression of the peculiar individual response to the same common etiological factors or insults?

These are just a few of the problems that the scientific practice of medicine in the tropics has yet to solve, I put them up to you in the hope that we should all join forces in the fight against the scourge of disease in the tropics, contributing in this way to the betterment and happiness of all mankind.

Food Poisoning in a Porto Rican family due to Arsenic (*)

O. Costa Mandry, M.D., Director, Biological Laboratory, and E. Garrido Morales, M.D., Epidemiologist, Department of Health.

Reports of intoxications due to chemical poisons present in the food are not uncommon. These poisons may gain access to the food accidentally or by criminal intent. Their interest is mainly medico-legal and they do not interest medical men as much as the other group of intoxications due to the presence of pathogenic micro-organisms or their products.

The present report of food poisoning in a Porto Rican family, although belonging to the first group and caused by arsenic is of interest from several stand points, and for this reason the authors have decided to make a report of the case.

On March 23, 1930 the Biological Laboratory received a package containing flour, ham, bacon, butter and a piece of fritters from the police headquarters of the town of Luquillo with the request of subjecting these foods to chemical examinaitons with the object of determining the presence of a poisonous agent in any of them.

With the assistance of the members of the Staff of the Chemical Laboratory we proceeded to make aquous extracts of each of the foods by grinding them well together with a certain amount of distilled water and letting them stand 24 hours. One cubic centimeter of this extract was inyected subcutaneously into each of several Guinea pigs and the animals placed under observation. Bacteriological examinations of the foods with special reference to organisms of the paratyphoid group were proceeded with. After 24 hours the animals inyected showed no untowards effects so we excluded tentatively the possibility of a chemical poison

(*) Read at the annual meeting of the Mayaguez District Medical Association, April 6, 1930. The Chemical examinations were performed by R. del Valle Sárraga, Director of the Chemical Laboratory of the Department of Health.

as the probable cause and suspected a case of food infection.

One of us visited Luquillo and after a complete epidemiological investigation definitively established the hypothesis that:

(*a*) The fritters served at the dinner caused the poisoning.
(*b*) The poisoning was probable not of bacterial but of chemical origin.
(*c*) Arsenic or one of its derivatives was probably the chemical substance involved.

Feces from each of the affected persons were obtained and examined bacteriologically for the sake of completing the case. Following the epidemiological study the remaining portions of the food were tested [1] chemically a second time for the presence of arsenic.

The bacteriological examination of the feces were essentially negative in that no known pathogenic organism of significance was isolated.

The bacteriological examinations performed both of the foods served at the dinner and of the feces of the persons confirmed the epidemiological finding that pathogenic bacteria played no role in the present case.

FINDINGS:

Tables I and II give in detail the relation of the foods eaten by each person and those developing any symptoms, and also symptoms evidenced by each person and the time when they began to feel ill.

The following table shows the results of the chemical examinations of the foods for the presence of arsenic.

FOOD	ARSENIC
Fritters	Positive
Ham	Negative
Bacon	Negative
Wheat flour	Negative
Butter	Negative

(1) Reinsch test. Legal Medicine and Toxicology
Peterson Haines and Webster. 2nd. Vol. 2 page 223. (Saunders).

(TABLA No. I.)

	NAME	Age	Color	Sex	RELATION	KIND OF FOOD EATEN								DEVELOPED SYMPTOMS
						Beans	Rice	Omelet	Fried Bananas	Bananas	Coffee-	Bread	Fritters	
1	E. M.	56	W	M	Husband	+	+	+	-	+	+	-	+	yes
2	B.V.	30	W	F	Wife	-	-	-	-	-	-	-	-	no
3	C.M.R.	11	W	F	Daughter	+	+	+	+	+	-	-	+	yes
4	L. D.	13	W	F	Sister in law	-	-	-	-	-	-	-	+	yes
5	M.E.R.	10	W	M	Son	+	+	+	+	+	-	-	+	yes
6	J. A. R.	9	W	M	Son	+	+	+	-	+	-	+	+	yes
7	E. R.	8	W	M	Son	+	+	+	+	+	-	-	+	yes
8	A. R.	6	W	M	Son	-	-	+	+	+	-	-	-	no
9	G. M.	4	W	M	Son	+	+	-	-	+	-	+	+	yes
10	E. M.	18	M	F	Servant	+	+	+	+	-	-	-	+	yes
11	M. M.	60	M	F	Cook	-	-	-	-	-	-	-	+	yes
12	L. C.	46	M	M	Relative to cook	-	-	-	-	-	-	-	+	yes
13	M. C.	6	M	M	Relative to cook	-	-	-	-	-	-	-	+	yes
14	C. F.	18	M	F	Relative to cook	-	-	-	-	-	-	-	+	yes

TABLA No. II)

NUMBER	SYMPTOMS															ONSET TIME	DURATION OF DISEASE IN DAYS.
	Malaise	Nausea	Vomiting	Abdomial pain	Diarrhea	Tenesmus	Fever	Headache	Salivation	Lacrimation	Dizziness	Anuria	Puffness of eye	Delirium	Postration		
1	+	+	+	+	-	-	-	+	-	+	+	-	-	+	+	10 min.	.5
2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	No symptoms	-
3	+	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+	-	+	-	-	f.m.	½
4	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	-	-	+	-	-	f.m.	2
5	+	+	+	-	-	-	-	-	+	-	+	-	+	-	-	f.m.	½
6	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2 hrs.	½
7	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+ ¼day	+	+	+	f.m	6
8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	No symptoms	-
9	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	f.m.	½
10	+	+	+	+	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	½ hour	1½
11	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	-	+	-	-	f.m.	2
12	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	f.m.	4
13	+	+	+	+	+	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-	f.m.	½
14	+	+	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	f.m.	½

Bacteriological findings were essentially negative.

DISCUSSION:

The epidemiological evidence pointing to the fritters (tables I and II) as the causative agent of the intoxication is conclusive. B. V. who was not feeling well at the time of the dinner refrained from eating anything then and escaped, having absolutely no symptoms. Also, A. R., son, who only ate egg omelet, fried banannas and ripe banannas, but no fritters, had no symptoms. L. D., sister in law went to the kitchen and took a fritter. She then went to the drug store across the street, eating the fritter meanwhile and having spmptoms a few minutes afterwards. She ate no other food on account of the ensuing symptoms. M.M., cook, who ate nothing but a piece of fritters had symptoms almost inmediately after eating it. L.C., M.C., and C.F., three relatives of the cook who lived about four blocks from the house where the dinner took place, ate some fritters sent to them by the cook, and had symptoms of poisoning a few minutes after eating the fritters. E. R. and G. R. were the first to eat and about three to ten minutes afterwards began vomiting, one of them before leaving the dinning room. Later on the father E. M. and the rest of the sons ate dinner, all of them developing symptoms except A. R. who ate no fritters.

The fritters consisted of the following ingredients: wheat flour, salt water, butter, ham and bacon.

The epidemiological investigation pointed out not only that the fritters were the causative agent of the intoxication but also that a chemical poison, probably arsenic, was the causative agent. Evidence to support this hypotesis was based on the extremely short period of incubation of the disease, in ten cases being only few minutes, in one case half an hour and in another two hours. Two persons had no symptoms, making a total of (14) fourteen persons, eleven living in the house and three outsiders. Another observation which made us believe arsenic caused the symptoms was the clinical course of the illness. Six out of twelve of those attacked (50%) developed puffness of the eyes, one of them with such a degree of edema of the eyelids that he could hardly open the lids. Seven out of twelve complained of excessive salivation and others of burning and lachrymation of the eyes. All who ate the fritters complained of nausea and vomiting. Only five out of the fourteen who partook of the fritters had diarrhea. Two patients, E. M., father, and E.R., son, were acutely ill, both of them being postrated with delirium during their illness. E.R., the son, had anuria for four days. The duration of the disease was 5, 6, 4, and two days respectively in four of the cases. In the eight patients remaining the duration was less than 24 hours.

All the components of the fritters were examined chemically with negative results yet the fritters contained arsenic. The only component not examined because it was not available was the salt.

SUMMARY:

1—Food poisoning in a Porto Rican family, caused by arsenic is reported in the present paper.

2—Epidemiological evidence is presented which points out conclusively that the fritters served at the dinner were the

agent which conveyed the poison and that arsenic was the probable poison.

3.—Subcutaneous injections of simple aquous, alkaline and acid extracts of different foods served at the dinner, including the fritters, failed to produce symptoms in guinea pigs.

4.—Chemical examination revealed the presence of arsenic in the fritters but not in any of the original components of the fritters.

5.—No deaths occurred following the ingestion of the fritters.

Un caso de Neurofibromatosis Múltiple. (Von Recklinghausen's Disease) (*)

DR. MANUEL GARCIA ESTRADA

José D. Martínez, 46 años, de color, casado; nació en Málaga. Reside en San José No. 14. Profesión: industrial.

Nota de Entrada:

Se queja de una erupción nodular desde hace 15 años.

Historial pasado:

Tifoidea a los 22 años.

G. C. a los 30 años. Niega Infección Luética.

Usaba alcohol moderadamente. No fuma.

Historia Familiar:

Madre murió a los 50 años; se ignora causa de su muerte.

Padre: no sabe si vive.

Historia familiar negativa para Tuberculosos, Cáncer, o Nefritis.

Historial Presente:

Hace 15 años mientras residía en Mayagüez, notó una erupción generalizada que creyó era salpuído. Consultó un médico, quien le informó era debido al calor. Una semana más tarde notó 2 nódulos en la frente algo blandos y que no le dolían, ni le molestaban. La erupción nodular se generalizó en la cabeza, cara, manos, tronco y extremidades inferiores.

Tiene buen apetito, no ha padecido de trastornos respiratorios, gastrointestinales, ni genitourinarios.

Examen físico:

El paciente es un hombre de color, de baja estatura, y presenta una erupción nodular en el cuerpo envolviendo: la cabeza, cara, manos, tronco, abdomen y piernas.

Ojos: pupilas—Reaccionan a luz y acomodación.

Boca—Amígdalas hipertróficas.

Tórax—Pulmones claros.

Corazón—Normal.

Abdomen—No se palpan masas ni órganos abdominales.

Presión Arterial 100-90.

LA PIEL.

Viendo las erupciones sería la mejor explicación de estos tumores. Es una erupción nodular de tumores pedunculados, unos y otros salen directamente de la piel sin colgar. No duelen, algunos son blandos. Unos tienen pigmentación negra, otros marrón.

(*) Presentado en la clínica mensual de la Facultad del Hospital Municipal, Santurce, P. R., el 4 de Octubre de 1930.

Informe de Laboratorio:

Orina y heces fecales Normales.
Sangre: Eritrocitos.—3,690,000.
Hemoglobina.—70%
C. I.—.92
Recuento leucocitario: normal.
Sangre para Kahn: Negativo.

Una biopsia fué practicada y la muestra enviada al Dr. Koppisck, anátomo-patólogo de la Escuela de Medicina Tropical, quien diagnosticó el caso de VON RECLINGHAUSEN'S DISEASE (Multiple Neurofibromatosis)

Tratamiento: 1. Quirúrgico, 2. Electrolisis, 3. El arsénico que se ha usado en varios casos sin resultados prácticos.

COMENTARIOS:

Traemos este caso a vuestra consideración por creerlo raro y que no se encuenta diariamente en la práctica de la profesión médica.

A. Thompson de Edingburg, en su tratado de Neuromas y ,Neurofibromatas publicado en 1900 clasifica la enfermedad de Von Recklinghausen como un "Neuroma Falso", esto es, un crecimiento difuso del tejido conectivo y fibroso.

Las causas de Neuromas benignos se desconocen. Varios factores pueden entrar en su etiología, tales como herencia, debilidad física y mental y traumatismo, como causas que predisponen a la enfermedad. Los neuromas pueden originarse en el perinurio, epinurio y endonurio de los nervios.

Los neuromas verdaderos son raros y ocurren solamente en relación con el sistema simpático. Aún existe una discusión entre anátomo-Patólogos con respecto al tejido que forman estos tumores: Esto es, si son una combinación de nervios y tejido conectivo solamente.

Terminamos haciendo esta pregunta: Estamos justificados al recluir al paciente en un hospital y privarle del trabajo aún con su enfermedad? Constituiría este un caso de estorbo público al considerarlo ambulatorio?



Fotografía obtenida por el radiólogo de los Hospitales Municipales, Sr. Sierra.

Informe del Anatomo Patólogo.

Aug. 22, 1930.
Specimen rec'd.: 8|18|30.
No. 3446

José González

GROSS: A nodular tumor mass 2 cm. indiameter and covered by intact skin. On section the tumor is encapsulated and consits of whitish homogeneous tissue, and is finely fibrillary.

MICROSCOPIC: The skin seems normal. Its basal cell layer is rather deep-

ly pigmented. The dermis is normal. Beneath the dermis, and in places merging imperceptible with it, is a rounded, not encapsulated tumor mass which is made up of irregularly arragned fibrous connective tissue cells. The cell bodies are pinkish and indistinct. The nuclei vary from oval to spindle-shaped. Many of them have odd shapes. They stain rathen faintly with hematoxylin and present no mito figures. The intercellular stroma is finely fibrillary. Blood vessels are small and scanty.

DIAGNOSIS: Multiple neurofibromatosis (Von Recklinghausen's disease).

Enrique Koppisch, M. D.

Pseudohipertrofia Muscular Progresiva o Parálisis Muscular Pseudohipertrófica (*)

(*Informe de un Caso*)

DR. JOSE F. CORREA

El caso es el de un niño de 9 años, peso 45 libras; 3' 11" de altura, con el siguiente historial: La madre sufre de ataques histéricos; tiene una hermana idiota y una prima loca. El padre sufrió de malnutrición cuando pequeño, pero actualmente se siente normal. Según los padres, no existe ningún otro caso de esta enfermedad en la familia. Sífilis negativo en los padres.

El desarrollo del niño ha sido aparentemente normal. Anduvo y habló al año. Su dentición fué normal; durante su primer y tercer año sufrió de malnutrición extensa y según informes del padre, era tan delgado que podía cogérsele como a un hilo. Tuvo el "croup" a la edad de tres años; con tratamiento adecuado para malnutrición el niño mejoró notablemente y aparentemente estaba en estado normal. Tuvo sarampión a los cinco años y siempre ha padecido de lombrices y ha tenido varias convulsiones que los padres atribuyen a las mismas. Catarros frecuentes, con ataques de amigdalitis. Tifoidea, negativo. Hace dos años que el padre empezó a notar que el niño se quejaba frecuentemente de cierta debilidad en las extremidades inferiores, que no tenía deseo alguno de andar, se cansaba pronto y fácilmente se caía sin aparente motivo alguno. A menudo se le quejaba de fuertes calambres en las pantorrillas, notando el padre más tarde que el niño iba adquiriendo una forma peculiar de andar y que cada día se le hacía más difícil levantarse de una posición sentada y más aún de una posición horizontal boca arriba. Hasta aquí llega la historia del paciente.

El examen físico revela un niño de estatura adecuada para su edad, con un andar sorprendente como "de camello"; las piernas separadas, balanceándose de lado a lado y con una lordosis en la región lumbar de la columna vertebral, bastante pronunciada.) Según Osler y Mc.-Crae (1) el llamado andar de pato, *duck*

(*) Presentado en la Clínica mensual de la Facultad del Hospital Municipal, Santurce, P. R., el 6 de octubre de 1930.

walk o "marche de canard", como le llaman algunos escritores franceses) denota además atrofia de los músculos glúteos y de los músculos de ambos hombros. La vista está completamente normal, las reacciones de las pupilas son normales; no tiene dificultad alguna para oir; la boca y faringe no presentan anormalidad alguna; el tórax denota atrofia de los músculos de ambos hombros y hay cierta hipertrofia en ambos deltoides. La parte clavicular de los pectorales mayores no denotan atrofia alguna. Los pulmones y el corazón aparecen negativos; vientre, negativo. La lordosis marcada en la región lumbar desaparece facilmente si se mantiene al niño en una posición horizontal. El examen neurológico se muestra absolutamente negativo; no hay reflejos patológicos, es decir, el Babinski, el Gordon, el Oppenheim y el Chaddock resultan negativos. Los músculos responden perfectamente a las reacciones musculares con la corriente galvánica y solamente se denota una disminución cuantitiva de las contracciones del músculo. Es decir, la reacción de degeneración no existe en este caso.

Al examinar el niño en una posición sentada y ordenársele que se levante, notamos que coloca sus manos en ambos muslos y haciendo una fuerza suprema trata de levantarse, lo cual logra impulsándose con el tronco, con gran dificultad. Si se coloca al niño en una posición horizontal boca arriba y se le ordena levantarse, lo hace en la forma característica descrita ya en los textos. Primero, gira sobre su abdomen y apoyándose en ambas manos levanta el cuerpo hasta reposar sobre sus rodillas. Luego levanta primero una de éstas hasta ponerse sobre sus dos manos y dos pies. Apóyase luego sobre uno de sus muslos, cual si tratara de subir sobre sí mismo, hasta lograr una posición vertical.

Los siguientes son los resultados de los exámenes de laboratorio:

Sangre:

N. P. N.	22.4
Urea C. N.	9.4
Glucosa	62.4
Acido úrico	3.6
Creatinina	1.4

Orina:

Albumina—negativa
Glucosa—negativa
Creatinina—0.083 mg. por 100cc de orina.
Creatina—0.00011 mg. por 100cc de orina.

DISCUSION:

Siendo esta enfermedad relativamente rara, sería conveniente dar una breve reseña sobre la etiología, incidencia, sintomatología, etc., de estas atrofias musculares progresivas de naturaleza miopática. *Miopatía o distrofia muscular* se clasificaba al principio como una de las enfermedades del sisema muscular, cuyas características eran: debilidad y atrofia progresiva, con o sin pseudohipertrofia de los músculos, sin lesiones demostrables en el sistema nervioso. Clínicamente podríamos definir la enfermedad en la forma en que lo hace Lewin (2) "parálisis muscular pseudohipertrofia es una distrofia muscular progresiva de origen desconocido, caracterizada por una pseudohipertrofia asociada con marcada debilidad que se manifiesta en lordosis lumbar exagerada, por la forma

peculiar de andar con los hombros caídos y las piernas abiertas; "risa transversa"; por el agrandamiento de los músculos de las pantorrillas; por la inhabilidad de subir o bajar escaleras y por el clásico modo de levantarse de una posición horizontal."

Sería en realidad difícil dar una definición exacta de esta enfermedad en la que aún se desconoce su verdadero origen. Bramwell (3) considera que la concepción de esta enfermedad como miopatía genuina y originaria es de carácter negativo, pues solamente se había llegado a dicha concepción por el hecho de que no se había encontrado cambios patológicos algunos en el sistema nervioso. Bramwell mismo, después de discutir brillantemente sobre la etiología de esta enfermedad, llegó a la conclusión de que no es posible que solamente el sistema muscular esté envuelto, sino también el sistema simpático, que, según, muchos, envía sus fibras a los músculos estriados, habiendo así una inervación doble, la simpática y la somática. La primera, que mantiene el tono plástico del músculo y ejerce influencias tróficas sobre el mismo, y la segunda, que tiene relación directa con las funciones de movimiento del músculo y mantiene su tono. Aún más, se ha probado por varios investigadores, entre ellos Timme, Goodhart, Janney e Isaacson (4), que el sistema endocrino está también afectado. Ben Kuré (5) y sus colaboradores, Shinosaki, Hatano, Kishimoto y otros, de la Escuela Imperial de Medicina de Tokío, han llevado a cabo un trabajo experimental concienzudo, que en la actualidad, cuando se están efectuando tantas simpatectomías, resulta de un gran valor práctico. Sus experimentos han sido hechos con perros, que, removiéndoles las cadenas de ganglios simpáticos abdominales, han podido observar clínica y patológicamente la reproducción exacta de parálisis pseudohipertrófica muscular en las extremidades posteriores. Han removido también las cadenas de ganglios cervicales y reproducido la forma facio-escapulo-humeral, o sea, la forma de Landouzy-Dejerine. Extirpando el ganglio ciliar, han producido los cambios patológicos característicos en los músculos del ojo. Más tarde han observado casos clínicos que han sido objeto de simpatectomías quirúrgicamente indicadas, y han podido notar cambios típicos en los músculos que seguramente estaban inervados por las fibras simpáticas que fueron extirpadas. En una serie de autopsias hechas por los mismos investigadores en casos de esta enfermedad, han podido encontrar cambios patológicos en las fibras simpáticas de los nervios periferales de los músculos afectados; en las cadenas de ganglios simpáticos; en los ganglios posteriores espinales; y en los núcleos autonómicos de la médula espinal. Este último cambio, especialmente en la forma clásica de Erb.

En cuanto a la relación de esta enfermedad con el sistema endocrino, Sprunt la clasifica como una de las lipomatosis que están tan íntimamente ligadas con disturbios de estas glándulas. Timme opina que esta enfermedad se debe en parte a una hipofunción de la glándula pineal, o que, por lo menos, esta glándula está afectada, lo cual nos trata de probar con radiografías que indican sombras en dicha glándula. McCrudden y Sargeant (6) estudiaron un caso con respecto al metabolismo muscular y la cantidad de glucosa presente en la circulación y lle-

garon a las siguientes conclusiones: I. La miastenia de distrofia pseudohipertrófica es debida a la hipoglicemia presente, la cual, con la deposición de grasas en el músculo se debe a una glicogénesis alterada. 2. Que los carbohidratos ingeridos en las comidas son cambiados a grasas en vez de glicógeno. 3. Que estos disturbios en la glicogénesis se deben a enfermedad endocrina, que según ellos creen, existe especialmente en las glándulas suprarnales. Goodhart, Janney e Isaacson han demostrado cambios característicos en el metabolismo y cambios físicos comúnmente reconocidos como de origen endocrino.

Edad, Sexo, y otros factores etiológicos. Esta es una enfermedad de la niñez, que ocurre con más frecuencia en el sexo masculino que en el femenino. La mayoría de los casos toma su desarrollo en niños de temprana edad, generalmente de 3 a 10 años, aún cuando se han dado casos en que la enfermedad se ha desarrollado en adultos. Por lo general éstos ocurren en personas malnutridas que viven en condiciones higiénicas desfavorables. Es indiscutible que el factor hereditario tiene gran importancia, pues por lo regular la enfermedad ocurre en varios miembros de la familia. Timme reporta catorce casos en una misma familia. Muchos investigadores creen que la tendencia de esta enfermedad sigue las leyes de Mendel y que es trasmitida a través de la madre, aunque ésta generalmente se escapa de la enfermedad. Friedlander, Josserand y Guillain han observado algunos casos en que la enfermedad ha tomado su desarrollo después de tifoidea.

TIPOS DE DISTROFIAS PRIMARIAS

Clasificación 7.

	Muscular, Pseudo-hipertrófica	Forma juvenil de Atrofia muscular progresiva (Erb).	Tipo Landouzy Déjérine
Parte afectada	Piernas o pantorrillas.	Región del hombro.	Cara y región del hombro.
Distribución de la hipertrofia.	Pantorrillas, rara vez en los muslos.	Músculos alrededor del hombro y región pélvica.	Ninguna.
Distribución de atrofia.	Muslos, músculos interiores de la espalda, hombros y músculos escapulares. Pantorrillas más tarde, así como atrofia general.	Muslos, músculos interiores de la espalda y parte posterior del brazo. Las partes hipertrofiadas pueden atrofiarse más tarde.	Músculos de la cara, incluyendo los labios y obicularis palpebrarum; hombros y y músculos escapulares.
Partes que permanecen normales.	Cara, antebrazo y manos, excepto en el último período de la enfermedad.	Cara, antebrazo, manos, y músculos de la pierna, excepto en el último período de la enfermedad.	Antebrazo y piernas, así como los músculos interiores de la espalda.

Curso Clínico y Síntomas: Comúnmente la enfermedad empieza en la niñez, como ya hemos dicho, generalmente antes de los diez años. Lo primero que se nota en el pequeño paciente es una debilidad en las extremidades inferiores o en el grupo de músculos afectados. En el caso aquí presentado lo primero que se notó fué una gran debilidad en los músculos de las extremidades inferiores sin deseo alguno de andar de parte del paciente y frecuentes caídas sin motivo alguno. Más tarde el paciente demuestra gran dificultad al tratar de levantarse de una posición sentada u horizontal. Al mismo tiempo se nota la pseudohipertrofia de los músculos; que en nuestro caso, se nota especialmente en las pantorrillas. El andar característico que ya hemos descrito se empieza a notar tan pronto los músculos de las regiones glúteas se atrofian y se debilitan. La actitud lordótica en la región lumbar es característica y si se trata de compensar la lordosis el paciente deja caer el cuerpo hacia adelante, teniendo entonces que recurrir al uso de las manos para lograr enderezarse. Los esfinteres y el sistema muscular "no estriado" no muestran afección alguna. En este estado permanece el paciente por largo tiempo. Más tarde viene la deformidad equinal de los pies y marcadas escoliosis. El estado final de la enfermedad nos muestra al paciente con todos los músculos atrofiados; aun aquéllos que tenían su pseudohipertrofia llegan a atrofiarse totalmente y ya le es absolutamente imposible al paciente levantarse de su cama. Nunca se manifiestan contracciones musculares febriles en esta enfermedad; las reacciones electromusculares galvánica y farádica son normales, aunque sí hay una disminución responsiva que va gradualmente en aumento hasta llegar a ser completamente negativa. En estos casos no hay la reacción de degeneración ni tampoco se manifiestan reflejos patológicos. Los reflejos normales están presentes, aunque disminuídos y a medida que los músculos se atrofian los reflejos van gradualmente desapareciendo. El curso del mal es crónico y la degeneración de los músculos, como antes se ha dicho, llega a ser total. La terminación mortal del paciente por lo general se verifica por una enfermedad intercurrente. El estado mental y psíquico del paciente es por lo regular normal hasta lo último.

Patología: Los cambios patológicos en los músculos son característicos. La atrofia del músculo puede ser tan marcada que es imposible ya encontrar fibra muscular alguna. En los músculos donde existe hipertrofia o pseudohipertrofia se notan fibras musculares agrandadas que demuestran una verdadera hipertrofia. Otras fibras denotan una infiltración de grasa con pérdida de las estriaciones transversales y proliferación nuclear. Otras aparecen completamente atrofiadas. Al mismo tiempo, se distingue una gran infiltración de grasa y un aumento de tejido conjuntivo. La extensión de las alteraciones varían en diferentes casos. Goodhart y Globus han reportado cambios patológicos en los huesos y en las articulaciones tibio-femorales y astragalotibiales.

Pronóstico: El pronóstico es en la mayoría de los casos, desfavorable.

Diagnóstico. Un buen historial clínico, especialmente con referencia a los puntos sobresalientes ya descritos bajo la sintomatología de la enfermedad, así como un buen examen físico, facilitarán el

diagnótico de esta enfermedad.

El *diferencial* puede generalmente hacerse sin dificultad: Según Lewin, las condiciones más sobresalientes con que puede confundirse esta enfermedad son las siguientes:

1. Enfermedad de Pott, o sea tuberculosis de la columna vertebral, la cual es fácil eliminar por los síntomas especiales de espasmos musculares, limitación de momvimientos, dolor, sensibilidad al palpar y cojera cuando el Psoas está irritado, deformidad; y por las radiografías.

2. Parálisis infantil, que, con el historial de disturbio gastro-intestinal agudo, fiebre, vómitos, etc., seguidos de una parálisis flácida con una atrofia rápida de los músculos sin pseudohipertrofia demostrable; con la distribución característica de los músculos afectados, y especialmente con los cambios eléctricos (dando una reacción de degeneración), fácilmente puede ser descartada.

3. Dislocación congénita de ambas caderas tiene su historia de ser el niño tardío en andar, con una lordosis y un andar muy parecido al del paciente de este caso, pero que meramente con un buen examen físico, palpando cuidadosamente las caderas y con la ayuda de examen radiográfico, puede ser eliminada.

4. Rickets, o raquitismo, en que algunas veces denota una pseudoparálisis, con las evidencias clínicas de los cambios en los huesos, es fácil de eliminar.

5. Siringomielia. Esta condición, lo primero que afecta son los músculos de los dedos y además denota cambios sensitivos característicos que no existen en la distrofia.

6. Amiotonia congénita, o sea enfermedad de Oppenheim. La historia de la vida intrauterina del niño, en la que la madre no siente mucho movimiento y el examen, nos muestran las articulaciones flojas con hipertrofia, y nunca un pie en ecuino. Por lo general, en esta enfermedad existe un timo persistente que bien puede ser encontrado por percusión y radiografías.

7. Miotonia congénita. En esta enfermedad la herencia es muy marcada. El examen nos revelará hipertrofia de los músculos en general, hayándose siempre presentes contracciones febriles.

8. Esclerosis múltiple, caracterizada por el temblor intencional, dificultad al hablar, nistagmo, y parálisis espástica con reflejos patológicos.

9. Neuritis periferal, en la cual existe una historia de infección y el examen nos revela una sensibilidad exagerada del músculo mismo, sin parálisis alguna.

10. Miastenia gravis. Fácilmente eliminada por la limitación del mal a los músculos de la mandíbula.

Tratamiento. Tónicos son recomendados por algunos en grandes dosis. Masages eléctricos y una pequeña cantidad de ejercicios algunas veces resultan favorables. También en algunos casos se recomienda favorablemente el lactacto de calcio. La dieta por lo general deberá ser de frutas frescas y vegetales, tratando de eliminar todo lo posible las proteinas animales. Endocrinoterapia es hasta ahora lo que está dando mejor resultado en el tratamiento de esta enfermedad. Timme reporta dos casos totalmente curados; cuatro muy mejorarados, con el siguiente tratamiento: O. 1 gr. de substancia pineal tres veces al día durante tres semanas; luego administración hipodérmica u oral de glándula tiroide, seguida de extracto pituitario, y a medida que el paciente va creciendo le

administra substancia orquítica. Lewin, en su serie de 39 casos reporta una mejoría notable en siete casos, una mejoría moderada en tres, una pequeña mejoría en tres, ninguna mejoría aparente en cinco. Cuatro empeoraron con su tratamiento y diecisiete que no llegó a tratar. El mejoramiento definitivo fué seguido de un relapso que resultó en el empeoramiento de dos de sus casos. Lewin usa para el tratamiento mencionado tabletas de 3|200 gr. de adrenalina disueltas bajo la lengua, tres veces al día. El "Siglo Médico" reporta un caso tratado por Del Valle y Aldabalde, en que se ha obtenido notable mejoría con el uso hipodérmico de epinefrina. Kuré y Okinaka (8) reportan una notable mejoría en doce casos con el siguiente tratamiento: 0.2 a 0.3 cc de 0.1% solución de adrenalina y 0.1 a 0.2 cc de 1% de solución de pilocarpina en inyecciones repetidas cada dos días, el número total de inyecciones siendo de 50 a 60. Reclaman éstos que con este tratamiento puede arrestarse la enfermedad o mejorar notablemente al paciente. Bramwell ha observado que aquellos casos en que no existe una historia definida de herencia como ocurre en nuestro caso, son los que ofrecen mayores probabilidades para curar, pues según él estas enfermedades se deben a una neuritis tóxica que secundariamente envuelve el sistema simpático, produciendo la enfermedad. Estos casos son los que generalmente se arrestan por sí solos y son reportados como curables.

BIBLIOGRAFIA

(1) Osler and McCrae.—Diseases of the Nervous System. pp. 117-124.

(2) Bramwell, Edwin.—The Muscular Dystrophies, Sympathetic System, and Endocrine Glands. Lancet, Nov. 28, 1925. p. 1107.
Lewin J. A. M. A. Pseudohypertrophic Muscular Paralysis. Preliminary Report of Clinical Study of 39 Cases. JAMA, 87:1644, Nov. 13. 1926.

(3) Lewin J.A.M.

(4) Janney, N. W., Goodhart S. P. and Isaacson V. I.—The Endocrine Origin of Muscular Dystrophy, Arch. Int. Med. p188.

(5) Ben Kuré. On the Pathogenesis of Dysthophia Musculorum Progressiva. Lancet, Mar. 3, 1928, p. 441.

(6) McCrudden F. H. and Sargeant C. H.—Hypoglocemia and Progressive Muscular Dystrophy. Arch. Internal. Med. Apr. 1916, p. 465.
McCrudden, Francis. — Progressive Musc. Dystrophy. JAMA., Apr. 27, Vol. 70:17, p. 1216.
McCrudden, F. H.—Nature of Pathological Process in Progressive Muscular Dystrophy. Arch. Int. Med. 1918, 21, p. 256.

(7) Sachs.—Nervous Diseases of Children, p. 421.

(8) Kuré and Okinaka. J. A. M. A., Vol. 95, 12. p. 901.

KELLOGG CORN FLAKES (*)

Son muchos los consumidores de "Corn flakes" y otros cereales preparados, o a punto de servirse, pero son muy pocos los que conocen algo de su preparación o fabricación, debido a que ésta es casi exclusivamente de los Estados Unidos, y más particularmente de regiones especializadas enteramente a él, con fábricas instaladas bajo los más rigurosos principios higiénicos.

Como su nombre indica, "corn flokes" (hojuelas de maíz) es un producto del maíz—del mejor maíz que se cosecha, para ser más exactos. Este se compra en grandes cantidades, que se almacenan en gigantescos graneros de hormigón, hasta que pasa a los lavaderos y luego al baño de vapor, lo cual ablanda la envoltura y facilita su desprendimiento.

El ambrión de maíz es rico en aceite, y hay que eliminarlo, sino el "corn flakes" se arranciaría al poco tiempo. Máquinas especiales se encargan de esta eliminación. El farro, blanco y limpio, resultante, es sazonado con una mezcla de malta, azúcar y sal, y se cuece durante dos horas al vapor con presión. Aquí se cambia su color blanco por un rico y apetitoso dorado. El farro, ya cocido, se seca con una corriente de aire caliente antes de pasar a las máquinas laminadoras que lo convierten en hojuelas.

Los cinlindros de estos laminadores necesitan trabajar a cuarenta toneladas de presión para formar las fragilísimas hojuelas, que de aquí son transportados por bandas sin fin a los tostaderos.

Estos tostaderos son gigantescos hornos cilíndricos que giran sobre llamas de gas. Las hojuelas entran por un extremo del cilindro, y no paran de dar vueltas hasta salir por el otro, doradas y crujientes, en menos de un minuto.

Otros conductores sin fin se llevan las hojuelas a unos grandes depósitos, donde se enfrían antes de entrar al departamento de empaquetar, lo que efectúan cayendo por su propio peso directamente adentro de los paquetes de cartón, previamente provisto su interior de bolsos de papel parafinado.

Al llenarse los paquetes, se pesa automáticamente su contenido, con lo que se asegura una cantidad invariablemente uniforme. El bolso parafinado se dobla y se suelda con calor, para hacerlo impenetrable al aire y la humedad; lo que mantiene el "corn flakes" indefinidamente fresco y crujiente e igualmente sabroso. Las tapas de los paquetes exteriores también se cierran con máquina.

Los especialistas en alimentación humana consideran el "corn flakes" como un alimento de mucha energía calórica y nutritiva, que además favorece la formación y restauración de los tejidos cuando se sirve con leche o crema.

Entre los fabricantes de "corn jakes" merece mención especial la Kellogg Company, de Battle Creek, Michigan, EE. UU., cuya producción—según nuestros informes — pasa de un millón de paquetes de "corn flakes" al día. Vale decir que la Kellogg es la fabricación más importante en todo el mundo de cereales a punto de servirse, y que Battle Creek es considerado como uno de los puntos más sanos de los Estados Unidos.

Nada más interesante e instructivo que una visita a la fábrica Kellogg: la superficie conjunta de sus pisos pasa de 10 hectáreas, estando ventajosamente situada en las afueras de la ciudad para más favorables condiciones sanitarias. Trabajan en ella unas 2,000 personas, distribuídas en tres tandas de a ocho horas para tener la fábrica en marcha 24 horas diarias. Hasta los paquetes de cartón y los envases de embarque se fabrican en la misma fábrica, empleándose en ello anualmente 150,000 toneladas de papel y cartón. Más de doce toneladas de parafina se consumen semanalmente en hacer la cantidad necesaria de papel parafinado para para forrar herméticamente los paquetes por dentro y por fuera—otra idea original de la Kellogg.

(*) Anuncio.

KELLOGG ALL-BRAN (*)

Primeramente por los médicos, y luego por el público, más numeroso cada día, el salvado ha sido reconocido como un alimento altamente saludable, por retener conjuntamente las sales minerales y la fibra indestructible del trigo.

Fué en os Estados Unidos que se inició la elaboración del salvado como manjar cereal, propio para el desayuno; y ello ha alcanzado hoy tal importancia y grado de perfección que resulta sumamente interesante e instructivo conocer el ciclo de operaciones a que se somete el salvado para hacerlo a la vez grato al paladar y digestible.

Una vez lavado perfectamente, el salvado se condimenta con malta, azúcar y sal antes de pasar a unos calderones rotativos donde se cuece por algún tiempo por medio del vapor a presión.

El salvado ya cocido, cae por su propio peso en el interior de un aparato secador, de donde es expulsado por una corriente de aire y arrastrado por la misma a un aparato que deshace todas sus agloceraciones.

A continuación se conduce el salvado a las desmenuzadoras. Cada desmenuzadora está provista de un par de rodillos estriados que ruedan uno contra el otro a tal presión que juntan las hojuelas del salvado al mismo tiempo que las corta en largos filamentos.

Estos filamentos son llevados por un conductor sin fin a una serie de grandes hornos escalonados, que recorren en zigzag, de atrás a delante, y de arriba abajo, por una distancia de unos 185 metros y por espacio de media hora.

El salvado así tostado se enfría al ser llevado otra vez al último piso de la fábrica, por un sistema de conducción incesante; y una vez allá, se cargan por su propio peso en los paquetes, previamente forrados de papel parafinado, con que se expende al público.

La fábrica Kellogg—de la cual procede la mayor parte del salvado que se consume en nuestro país, bajo el nombre de ALL-BRAN está en Battle Creek, Michigan, EE. UU., una ciudad justamente celebrada por lo saludable de su clima y situación. La planta baja y pisos de la fábrica tienen una superficie total de 10 hectáreas, estando emplazada en un hermoso parque, lejos del polvo y suciedad de la población. Todos sus edificios están a prueba de incendios y construídos con hormigón. El número de empleados y empleadas llega casi a dos mil, divididos en tres tandas diarias que se turnan cada ocho horas, a fin y efecto de tener la fábrica trabajando 24 horas diarias. La producción normal de la fábrica alcanza a más de un millón y medio de paquetes de cereales diarios, o sea lo suficiente para llenar unos 65 vagones, o furgones, de ferrocarril.

La compañía Kellogg fabrica una variedad de alimentos cereales, especialmente para el desayuno; todos ellos acreditados mundialmente por su excepcional alta calidad, exquisito sabor y frescura incomparable.

Además, la Kellogg tiene fábricas-sucursales en Cleveland Ohio, EE. UU., London, Ontario, Canada, y Sydney, Australia.

(*) Anuncio.

Ingresos en la cuenta del Edificio de la Asociación

Oct. 18|30—Dr.	V. Font Suárez...	$10.00
”	Calixto Rodríguez.	25.00
”	Navas Torres	25.00
”	Ernesto Quintero.	25.00
”	Julio E. Colón...	25.00
”	J. Gómez Brioso.	5.00
Oct. 21|30— ”	B. K. Ashford ...	15.00
”	Julio Palmieri ...	50.00
”	J. del Toro	10.00
”	A. Silva Navarro.	10.00
”	T. Alfaro Díaz ..	10.00
Nov. 1|30—Préstamo al Boletín ..		75.00

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

Año XXII. | Noviembre de 1930. | Núm. 182.

Sero-Profiláxis del Sarampión. Estudio comparativo del valor profiláctico del suero de adultos inmunes y el de personas convalescientes. (*)

E. GARRIDO MORALES, M. D., Epidemiólogo, y O. COSTA MANDRY, M. D., Director del Laboratorio Biológico.

El uso de suero de convalecientes en la profilaxis del sarampión en niños expuestos al contagio de esta enfermedad ha sido objeto de interesantes estudios por varios investigadores. El valor inmunizante de este suero ha sido ya probado, y también se ha aconsejado el uso de suero inmune y sangre de niños o adultos que con anterioridad hayan sufrido un ataque de sarampión; pero existe poca evidencia relativa al verdadero valor profiláctico de este agente. En los experimentos que conocemos el número de personas inmunizadas ha sido pequeño. Casi todos estos experimentos a que nos referimos han sido llevados a cabo generalmente en niños asilados en instituciones, y se han realizado sin establecer comparaciones con grupos normales de testigos (controls)

A principios del 1929, los autores llevaron a cabo varios experimentos en Puerto Rico con el fin de probar el valor profiláctico del suero de convalecientes y del suero de adultos inmunes, en distintas dosis, en niños expuestos al sarampión por contacto familiar. Ciento veinte dosis de suero de convalecientes y 393 de suero de adultos inmunes se administraron a más de 500 niños entre las edades de seis meses a 15 años, los cuales no habían padecido la enfermedad anteriormente habiendo estado en contacto directo con casos de sarampión en su propia casa en la época de la inmunización. Además, utilizamos como testigos o "controls" 183 niños que convivían con los pacientes y con los niños inmunizados, y que no habían padecido la enfermedad ni recibieron suero anteriormente; y se observaron conjuntamente con el grupo de niños inmunizados, durante un período de ocho semanas después del contacto con casos de sarampión.

Al tratar de probar el valor relativo del suero de adultos inmunes, los autores tratan de presentar al clínico un agente profiláctico que puede hallarse con faci-

(*) Del Departamento Insular de Sanidad de Puerto Rico.

Trabajo presentado ante la Asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 20 a 24 de 1929, y publicado originalmente en inglés en el "American Journal of Diseases of Children," número de junio del año 1930.

lidad, siendo un hecho conocido que en casi todas partes hay personas que en épocas anteriores han padecido de sarampión cuyo suero puede utilizarse para fines de inmunización. Los resultados de los experimentos llevados a cabo en el presente trabajo son lo bastante alentadores para decidirnos a publicarlos.

En la literatura americana repasada por nosotros, hemos encontrado solamente cinco referencias con respecto al uso del suero de adultos inmunes. Godfrey (1) en su informe sobre los resultados obtenidos con suero de convalecientes en varias instituciones del Estado de Nueva York, menciona el hecho que de 38 niños inmunizados con suero de adultos que anteriormente habían padecido la enfermedad, 21 desarrollaron sarampión. Y de los restantes 17, que no desarrollaron la enfermedad, 10 la habían padecido anteriormente, en la institución, quedando solamente siete que recibieron protección completa. Es de notarse que dicho autor no especifica claramente la dosis de suero empleado en este experimento. En el mismo trabajo, el autor informa el uso de 4 cc. de suero de adultos inmunes en cinco niños de tres años de edad, dos de los cuales desarrollaron la enfermedad. Si el autor empleó iguales dosis de suero de adultos inmunes en el experimento mencionado anteriormente, la pequeña proporción de niños protegidos puede explicarse dentro de la hipótesis de que el poder inmunizante del suero usado por él fuese igual al del suero utilizado por nosotros, pues la dosis mínima usada en nuestro experimento fué de 10 cc. como se verá más adelante.

Bivings (2) empleó cantidades desde 8 a 25 cc. de suero de adultos inmunes. Y de nueve niños inmunizados, seis fueron protegidos y tres desarrollaron un ataque modificado de sarampión. En un experimento anterior Bivings y Dickson (3) informan protección completa en doce de los 23 niños inyectados y ataques de sarampión atenuado en los once restantes.

Zingher (4) informa que el suero de adultos que han padecido un ataque de sarampión en la niñez protege contra esta enfermedad. Y cree que deben usarse cantidades mayores que cuando se inmuniza con suero de convalecientes. Este autor no presenta datos, con respecto al número de niños inmunizados con este suero. Karelitz y Levin (5) informan el uso de suero de adultos y de sangre en 14 niños, de los cuales tres desarrollaron sarampión. Dos de éstos, sin embargo, recibieron sangre de adultos que nunca habían padecido la enfermedad.

Bader (6) empleó la sangre de adultos obtenida de personas que habían padecido de sarampión hacía mucho tiempo. Inyectó 30 niños comprendidos entre las edades de seis a 42 meses, durante los primeros siete días de contacto con la enfermedad, usando cantidades de suero que variaban entre 20 y 30 cc. De este número, doce fueron protegidos completamente y nueve desarrollaron un ataque atenuado de la enfermedad. Ocho tuvieron síntomas catarrales benignos y solamente un niño tuvo sarampión de severidad moderada.

Se han publicado informes sobre experimentos por investigadores del extranjero en relación con el valor del suero de adultos inmunes. Bader (7) en su trabajo cita a los siguientes investigadores: Kutter (8) informa su uso en 15 niños con un solo fracaso. Salomón (9) usó de 10 a 15 cc. de este suero, informando protección completa en 36 de 72 niños inyectados. Von Torday (10) informa el

número mayor de personas inyectadas con suero de adultos de que se tiene conocimiento y solo tuvo doce fracasos en 116 inyectados. Este autor usó 20 cc. de este suero desde el segundo hasta el sexto día de contacto con la enfermedad.

PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS

El suero de convalecientes de sarampión empleado en el presente experimento se obtuvo durante los primeros meses del año 1929 de pacientes admitidos al Hospital Cuarentenario de San Juan, Puerto Rico, con un diagnóstico de sarampión. El suero se obtuvo siempre durante el período comprendido desde el quinto al décimo día de la convalecencia. El suero inmune fué obtenido de niños asilados en dos instituciones benéficas del Departamento de Sanidad Insular en San Juan, y se extrajo solamente de aquellos que habían padecido sarampión con más de un año y menos de 10 de anterioridad a la fecha en que se tomó la sangre. El historial de haber padecido sarampión anteriormente fué obtenido individualmente de los récords de estos en las instituciones donde estaban recluídos.

El suero de convalecientes y el suero de personas inmunes se preparó de la manera siguiente:

Bajo condiciones de estricta asepsia se extrajo sangre de una vena de antebrazo y se recogió en un frasco estéril. en cantidades variando desde 100 a 500 cc. de acuerdo con la robustez física de los donates, tapando el frasco y dejando la sangre quieta hasta que se coagulara. Entonces se separó el coagulo de los lados del frasco usando una pipeta estéril y se colocó el frasco en nevera por espacio de 12 a 24 horas. Al cabo de las cuales se extrajo el suero de cada frasco, se mezclaron las cantidades obtenidas de todos, se centrifugó a una velocidad de 1,200 revoluciones por minuto durante cinco minutos y el suero obtenido, completamente claro y transparente se envasó en botellas especiales, añadiéndole una solución de fenol al 5% en solución salina fisiológica hasta obtener una concentración final del suero de 0.5% (usando una parte de la solución de fenol al 5% por cada nueve partes de suero).

Durante todo el proceso se mantuvo una técnica de estricta asepsia y el suero después de preparado se conservó en nevera hasta su uso. No conservándose por más de dos meses desde el tiempo de su preparación hasta el momento de usarse. Antes de utilizar la sangre de los donantes se practicó en la sangre de éstos una prueba de Wassermann y una busqueda cuidadosa por el plasmodio de la malaria.

Dos inspectores de sanidad y dos enfermeras hicieron visitas de casa en casa en tres localidades escogidas para este experimento. Todos los enfermos localizados y en los cuales se sospechaba sarampión, fueron examinados por uno de los autores con el propósito de establecer definitivamente el diagnóstico. Se tomó nota de los niños de seis meses a 15 años de edad que no tenían historial de haber padecido de sarampión anteriormente y que vivían en contacto íntimo con los casos de la enfermedad. De

cada tres niños anotados, uno se usó como testigo (control) y no recibió suero, mientras que los otros dos recibían una inyección de suero de convalecientes o de suero de personas inmunes. Estos niños fueron visitados por los inspectores a intervalos que variaban entre dos o cuatro días durante un período de ocho semanas, anotando cualquier síntoma sospechoso en los inyectados o en el grupo de testigos, notificándolo inmediatamente a uno de los autores, quien visitaba al paciente con el fin de determinar si se trataba de un caso de sarampión.

RESULTADOS

El cuadro No. I demuestra el número de niños expuestos al sarampión por contacto familiar e inmunizados con suero de convalecientes o suero de adultos inmunes, y el número que sirvieron de testigos, con el porciento de los que no desarrollaron el sarampión.

CUADRO NO. I

Valor Relativo del Suero de Convalecientes y del Suero de Adultos Inmunes.

Clase de Suero inyectado	Total de Niños expuestos	No desarrollaron sarampión	
		Número	Por ciento
Convalecientes	120	102	85.0
Adultos inmunes	393	227	57.8
Testigos	183	34	18.6

Ingresos en la cuenta del Edificio

Nov.	5/30—Dr. M. Pavía Fernández	$ 10.00
"	5/30—Dr. E. García Estrada	10.00
"	17/30—Dr. J. del Toro	10.00
"	19/30—Dr. P. Perea	100.00
"	25/30—Dr. Fco. Martínez García	75.00
"	28/30—Dr. M. Pujadas Díaz	50.00
"	29/30—Dr. J. del Toro	10.00
Dic.	1/30—Dr. A. Montalvo Guenard	10.00

El cuadro No. II demuestra el número de niños inmunizados con suero de convalecientes o suero de adultos inmunes, el número y por ciento de los protegidos, asi como de aquellos que no recibieron tratamiento de suero (testigos), y el número y por ciento de los que no desarrollaron la enfermedad.

CUADRO NO. II

Clase de Suero	Grupo por edades	Total de Niños expuestos	No desarrollaron sarampión	
			Número	Por ciento
CONVALECIENTES	6 meses a 4 años	63	51	81.0
	5 a 9 años	41	37	90.2
	10 a 14 años	16	14	87.5
	TOTAL	120	102	85.0
ADULTOS INMUNES	6 meses a 4 años	212	111	52.4
	5 a 9 años	146	91	62.3
	10 a 14 años	35	25	71.4
	TOTAL	393	227	57.8
TESTIGOS	6 meses a 4 años	96	7	7.3
	5 a 9 años	66	15	22.7
	10 a 14 años	21	12	57.1
	TOTAL	183	34	18.6

El cuadro No. III presenta el resultado obtenido con el uso de diferentes cantidades de suero de convalecientes y de suero de adultos inmunes en los niños expuestos a la enfermedad.

CUADRO NO. III

Resultados obtenidos con distintas cantidades de suero de convalecientes y de adultos inmunes.

Suero administrado		Niños expuestos e inmunizados	Resultaron completamente protegidos	
Clase	Cantidad		Número	Por ciento
Convalecientes	4 cc.	13	9	69.2
	5 cc.	46	38	82.6
	6 cc.	61	55	90.2
	Todos	120	102	85.0
Adultos Inmunes	10 cc.	138	56	40.6
	15 cc.	123	65	52.8
	20 cc.	70	54	77.1
	30 cc.	34	28	82.4
	40 cc.	28	24	85.7
	Todos	393	393	57.8

El Cuadro No. IV da el número de días que tardó la erupción del sarampión en desarrollarse después de la inmunización, entre los niños inmunizados con suero de convalecientes o con suero de personas inmunes que no resultaron protegidas.

CUADRO NO. IV

Número de días	Clase de Suero inyectado			
	Convalecientes		Adultos inmunes	
	Número	Por ciento	Número	Por ciento
0— 4	11	61.1	49	29.5
5— 9	4	22.2	37	22.3
10—14	4	11.1	39	23.5
15—29	1	5.5	18	10.8
	—	—	14	8.4
30—39	—	—	9	5.4
Totales	18		166	

El cuadro No. V da el número total de niños inmunizados con suero de adultos inmunes al sarampión, y el número y por ciento de los que recibieron inmunización completa, clasificados según la dosis de suero administrada, así como por el número de años transcurridos desde el ataque de sarampión en los donantes.

CUADRO NO. V

Cantidad de Suero	Hallazgos	Tiempo transcurrido desde el ataque en los donantes		
		1 a 4 años	5 a 9 años	Todos
10 cc.	Total inmunizados	39	99	138
	Número protegidos	19	37	56
	Por ciento protegidos	48.7	37.4	40.6
15 cc.	Total inmunizados	77	46	123
	Número protegidos	46	19	65
	Por ciento protegidos	59.7	41.3	52.8
20 cc.	Total inmunizados	54	16	70
	Número protegidos	46	8	54
	Por ciento protegidos	85.2	50.0	77.1
30 cc	Total inmunizados	34		
	Número protegidos	28		
	Por ciento protegidos	82.4		
40 cc.	Total inmunizados	28		
	Número protegidos	24		
	Por ciento protegidos	85.7		
Todas las dosis	Total inmunizados	232	161	393
	Número protegidos	163	64	227
	Por ciento protegidos	70.3	39.8	57.8

DISCUSION

Apesar de que se comenta con frecuencia en la literatura el alto grado de contagiosidad del sarampión, existen muy pocos trabajos en los cuales se haya calculado el grado exacto de tal contagiosidad. Chapin (11), del Departamento de Sanidad de la ciudad de Providence, R. I., informa que de 7,972 niños susceptibles menores de 15 años de edad expuestos al sarampión, 6,268, o el 78.6% fueron atacados por la enfermedad. En los experimentos que aquí se informan se coleccionaron datos para establecer la proporción de personas no inmunizadas, o no atacadas previamente y expuestas a un caso de sarampión por contacto fa-

miliar, y que desarrollaron la enfermedad. De 183 niños comprendidos entre las edades de seis meses a 15 años, expuestos a la enfermedad por contacto familiar, 149, o el 81.4% se contagiaron. De 34 niños que estuvieron expuestos a la enfermedad y no la desarrollaron, 12 tenían de 10 a 14 años de edad. Considerando la creencia de que solamente un ataque de sarampión confiere inmunidad, excepto en casos raros, así como también el hecho de que solamente había 21 niños en este grupo, es muy probable que algunos de estos doce niños puedan haber padecido la enfermedad y por algún motivo no se informara por el familiar que suministró los datos relativos al ataque previo.

El Cuadro No. I demuestra, además, que el suero de convalecientes protegió el 84.2% de los niños inmunizados, mientras que el 57.8% del número de inmunizados con el suero de personas inmunes escaparon la enfermedad. Al examinar el Cuadro No. III, sin embargo, se observará que la dosis del suero es factor de importancia en conferir inmunidad completa a estos niños. Cantidades de 20 gramos o más de suero de personas inmunes fueron aparentemente tan eficaces como el suero de convalecientes, en la prevención de la enfermedad. Según puede verse por el cuadro No. II, más del 50% de los niños en cada uno de los tres grupos tenían seis meses a cinco años de edad y menos del 15% tenían más de 10 años. Se demuestra que en el grupo de testigos un porcentaje mayor de niños de más de 10 años escaparon la enfermedad que en los grupos de niños menores. Esto puede ser debido a la mayor oportunidad de errores en los historiales de ataques previos. Este factor puede haber influído en que el grupo de niños de mayor edad que recibieron el suero de personas inmunes aparezca mejor protegido. Otro factor que no debe ignorarse, sin embargo, es el de que los niños de menor edad con frecuencia recibieron dosis más pequeñas. Esto explicaría tal vez el por centaje menor de niños protegidos en este grupo.

El cuadro No. IV demuestra que, de los niños inmunizados que desarrollaron la enfermedad, 61.1% de los inyectados con suero de adultos desarrollaron la erupción del sarampión en cuatro días o menos después de la inmunización. Posiblemente estos niños estaban en el período de incubación antes de ser inmunizados. Dos de los niños inyectados con suero de convalecientes y tres del grupo de los inmunizados con suero de adultos tenían los primeros síntomas del sarampión al inyectarse el suero. Aunque las cifras son demasiado pequeñas para llegar a conclusiones definitivas, el cuadro No. V demuestra que el suero de personas que habían padecido sarampión de uno a cuatro años con anterioridad a la fecha en que se extrajo la sangre, tiene aparentemente un valor inmunizante mayor que el suero de las personas que habían padecido la enfermedad de cinco a nueve años con anterioridad a la extracción del suero.

Solamente dos niños (0.28%) desarrollaron reacción entre los 696 que recibieron inyecciones de suero. Estos dos niños tuvieron ligera fiebre acompañada de síntomas leves de urticaria.

Sería difícil clasificar los pacientes que desarrollaron el sarampión en este experimento de acuerdo con la severidad del ataque. Generalmente al sarampión es una enfermedad benigna en los países tropicales si se compara con la enfermedad en climas templados. Sin embargo,

la atenuación de la enfermedad como resultado de la inyección del suero de convalecientes o del suero de personas inmunes, presenta un cuadro clínico bastante fácil de observar. El tipo moderado o atenuado de sarampión que se obtiene en los niños inmunizados con el suero de convalecientes o con el suero de adultos inmunes, se caracteriza por una moderada elevación de la temperatura que raras veces llega a 39°C y que dura solamente de 1 a 2 días. La curiosa erupción que acompaña a la enfermedad en estos se disemina sobre la cara y el tronco, y en menor cantidad sobre las extremidades. Las máculas individuales son del tamaño de la cabeza de un alfiler y no hay placas eritematosas, como se observa en el sarampión corriente. La conjuntivitis y la renitis, cuando se presentan, son muy benignas. De los 18 niños inyectados con suero de convalecientes, que desarrollaron la enfermedad, 14 tuvieron una forma atenuada de sarampión. De los 166 niños que desarrollaron el sarampión entre el grupo inmunizado con el suero de adultos, 68 o el 41.0% tuvieron ataques atenuados. No se desarrolló complicación alguna entre el grupo de los inmunizados mientras que cuatro de los niños no inmunizados desarrollaron pulmonía y dos de ellos murieron, uno de los cuales estaba muy mal nutrido y pálido.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1.—El uso profiláctico del suero de convalecientes ha sido informado con resultados halagadores por varios investigadores.

2.—El uso del suero de adultos inmunes en la profilaxis del sarampión ha sido también recomendado, pero se encuentra poca evidencia en la literatura, con respecto a su verdadero valor profiláctico.

3.—La evidencia que se presenta en este trabajo confiere al suero de adultos inmunes usado en dosis apropiadas un puesto definido en la profilaxis del sarampión.

4.—Entre 120 niños expuestos al sarampión por contacto familiar directo e inmunizados con suero de convalecientes, 102 o el 85% fueron completamente protegidos. De los 18 atacados en este grupo, 14 desarrollaron una forma atenuada de la enfermedad.

5.—De 132 niños también expuestos a la enfermedad por contacto familiar e inmunizados con dosis de 20 a 40 cc. del suero de personas inmunes, 108 o el 80.3% recibieron protección completa, y 20 de 26, o el 76% de los atacados, desarrollaron sarampión en forma atenuada.

6.—Las dosis de 10 a 15 centímetros cúbicos de suero de adultos protegió completamente a menos del 50% de las personas inmunizadas; pero produjo generalmente un ataque atenuado de la enfermedad.

7.—De los 183 niños no inmunizados (testigos) que vivían en la misma casa con los casos clínicos y con los niños inmunizados, solamente 34, o sea el 18.6 por ciento, no desarrollaron la enfermedad.

8.—El suero obtenido de personas que han padecido de sarampión con uno a cuatro años de anterioridad, parece tener mayor valor inmunizante que el suero obtenido de personas que han pasado la enfermedad de cinco a nueve años antes. Las cifras, sin embargo, son demasiado pequeñas para poder garantizar conclusiones definitivas.

9.—Solamente dos niños (0.28%) tuvieron ligeras reacciones entre los 696 que recibieron inyecciones de suero.

10.—Probablemente la objección de algunos padres a la inmunización de sus niños con suero de personas extrañas constituye un obstáculo al uso extenso del suero de convalecientes en la profilaxis del sarampión.

11.—El suero de adultos inmunes puede obtenerse fácilmente en todas partes y la técnica para obtenerlo e adultos o niños que han padecido la enfermedad es sencilla y no envuelve peligro alguno.

12.—El suero de adultos inmunes en la profilaxis del sarampión debería ser usado con mayor frecuencia en niños expuestos al contagio, especialmente en los casos de niños débiles en los cuales sabemos que un ataque podría causarles la muerte.

NOTA

Los autores desean reconocer la ayuda prestadales por los Dres. A. Ruiz Soler y Abel de Juan, oficiales de Sanidad de Caguas y San Juan, respectivamente. También están obligados para con el Dr. A. Fernós Isern, Sub-Comisionado de Sanidad de Puerto Rico, por las sugerencias con respecto al experimento. En la crítica del manuscrito están agradecidos a los Dres. G. C. Payne, A. W. Freeman, y Wade H. Frost.

BIBLIOGRAFIA

1.—Godfrey: (1928 Jour. of Pre. Med., 2:15-22.
2.—Bivings, F. L.: (1927) South Med. Jour., 20:735.
3.—Bivings, F. L., and Dickson, R. W.: (1927) Arch. Pedriat. 44:629.
4.—Zingher: (1924) Jour. Am. Med. Assoc., 82:1180.
5.—Karelitz S., Levin S. S.: (1927) Jour. Dis. Chil., 3:408.
6-7.—Bader C. B.: (1929) Jour. Am. Med. Assoc., 93:668.
8.—Kutter P.: (1923) Ztchr. F. Kinderth, 36:119.
9.—Salomon F.: (1923) Deutsche Med. Wchnschr, 49:1151.
10.—Von Torday F.: (1923) Jahrb F. Kinderh, 102:213.
11.—Chapin C. V.: (1925) Am. Jour. of Hyg., 5:635.

Algunos comentarios sobre el Diagnóstico Clínico y de Laboratorio en Tuberculosis Pulmonar (*)

Dr. JOSE A. AMADEO.

La importancia del diagnóstico temprano en la Tuberculosis Pulmonar no necesita énfasis pero quizás sea provechoso empezar por concretarla. Durante los últimos diez años en el Sanatorio de Trudeau, Saranac Lake, New York, se ha podido arrestar la enfermedad en un 40% de los casos incipientes, solamente en un 10% de los casos moderadamente avanzados, y apenas en un 2% de los casos muy avanzados: Y aún hay que darle muchísimo énfasis y subrrayar esto de *apenas* ya que en la clasificación de la Asociación Americana de Sanatorios, un caso solo moderadamente avanzado por la extensión pulmonar del proceso patológico pasa a clasificarse, como muy avanzado si contiene una cavidad cuyo diámetro sea mayor de un espacio intercostal y estas cavidades son relativamente fáciles de obliterar con los procedimientos modernos de colapsoterapia; e

(*) Leído en Vega Baja.—(asamblea de Arecibo). Nov. 9, 1930.

igualmente pasan a considerarse como muy avanzados cuando tienen alguna complicación pulmonar; las más frecuentes de las cuales son, laríngeas e intestinales y en ellas la terapia moderna ya ha llegado a alcanzar éxitos bastante frecuentes.

El diagnóstico en los casos crónicos avanzados de Tuberculosis Pulmonar lo hacen los amigos del paciente, y el paciente mismo; no necesita del médico, apenas redunda en beneficio alguno para el paciente, casi solo tiene importancia profiláctica para los que rodean al enfermo y no merece comentario alguno. Por el contrario, para llegar a un diagnóstico que valga la pena en los estados verdaderamente incipientes y tempranos de la enfermedad hay que caminar un camino tortuoso y largo que va bordeando precipicios demasiados anchos y profundos para saltar, pero el cual no ofrece nada insuperable para cualquier médico general que quiera tomarse el cuidado y el tiempo necesarios para caminarlo.

Son tantos los que en su afán de llegar pronto insisten en seguir un atrecho corto y recto, que no existe, y caen en estos precipicios y encontrando el camino infranqueable, cuando solo necesitarían un poco de paciencia para bordearlos, y que el diagnóstico temprano de la Tuberculosis Pulmonar ha llegado, solamente por impaciencias, a alcanzar una reputación falsa de necesitar conocimientos especiales para vencerlo. Y es que en el diagnóstico temprano de la Tuberculosis no hay ningún signo físico, ningún síntoma, ni ningún exámen de laboratorio patonomónico, o que por sí solo tenga un valor positivo absoluto. Es un proceso tedio y metódico de exclusión que hay que seguir, el cual pone a prueba la habilidad clínica general tanto o más que cualquier conocimiento especial de las enfermedades del torax, ya que en el verdadero principio de la tuberculosis pulmonar los síntomas señalan amenudo tanto o más enfermedades extra-pulmonares, lo que es fácil concebir si consideramos lo sensible del organismo en general, no acostumbrado y en un estado de hipersuceptibilidad a dosis aún mínimas de productos tóxicos derivados del bacilo los que además son capaces de producirse en cantidades abrumadoras en un foco de infección minúsculo, imperceptible quizás al exámen físico o más cuidadoso y hasta el exámen roentgenográfico más perfecto.

Un análisis incompleto de un caso de tuberculosis incipiente solo deja lugar a dudas y como en Puerto Rico el 99% de las familias consideran una ofensa grandísima el que siquiera se sugiera la palabra "tuberculosis", ante la duda el médico generalmente no se atreve a darle el beneficio de esta al enfermo, y la mayoría de los casos se permite que progresen a un estado inequívoco avanzado antes de aventurar un diagnóstico, tirando así por la ventana las oportunidades preciosas de curación del enfermo. Por el contrario con un poco de paciencia, tiempo y cuidado es relativamente fácil borrar estas dudas, y ante el convencimiento no habrá vacilación en pronunciar la palabra ofensiva impunemente, y al convencerse también la familia derivando además el aprecio y agradecimientos merecidos.

¿Cómo entonces obtener este diagnóstico temprano definitivo? Aprovechando la más mínima ayuda sin desdeñar el menor detalle que ofrece el análisis en conjunto de los resultados obtenidos: primero, en una historia minuciosa, segundo: en el exámen físico más esmerado que comprenda el organismo entero

además del torax, tercero: en una exploración experta roentgenográfica del pecho, cuarto: en exámenes bacteriológicos repetidos del esputo, y quinto: en estudios ciudadosos inmunobiológicos del organismo.

I. HISTORIA:—

El primer paso, la historia, es la que nos hace sospechar la presa y nos da la pista y sinembargo, cuán fácil es perder, al empezar, la entrada del camino, si solo analizamos síntomas de localización pulmonar! ¡Cuantos enfermos no progresan de incipientes a avanzados sin dolor en el pecho, y sin nunca toser ni expectorar! ¡Cuán fácil perder tiempo precioso insitiéndose en una terapia química para controlar sus décimas, o en dietas extrictas con desinfectantes intestinales, vacunas coli-bacilares, fermentos lácticos, etc., para controlar una supuesta infección intestinal o indigestión! Y hasta sometiéndolos a intervenciones quirúrgicas deprimentes por supuestas apendicitis y amigdalitis crónicas, porque además de no toser y expectorar el enfermo, el exámen físico del pecho de rutina, era negativo cuando una prueba de tuberculina seguido de un exámen radiológico del pecho hubiera establecido el diagnóstico y no por falta de conocimientos, sino por un error pequeño de omisión. Especialmente en la infancia, durante el período de más susceptibilidtd una historia de contacto íntimo familiar tiene tanto valor relativo como una prueba positiva de tuberculina y hace necesario al menor síntoma, que puede ser tan trivial como un cambio en el carácter del niño, o un aumento en su irritabilidad, el que se agoten todos los medios a nuestra disposición hasta excluir en absoluto la posibilidad de una infección tuberculosa temprana. La información obtenida en una historia personal cuidadosa del individuo tiene un valor tan grande que no la sustituye ningún otro procedimiento por sí sólo. Aunque la sintomatología de la Tuberculosis incipiente pulmonar es tan variable, las manifestaciones sugestivas, son comparativamente pocas. Se consideran con importancia cardinal; hemoptisis de más de un dracma, pleuresías con efusión, fiebre, taquicardia, pérdida de peso y falta de resistencia. Calofríos, sudores especialmente nocturnos, dolor en el pecho, tos y expectoración, disturbios digestivos y mestruales, aunque importantes, son menos significativos.

La sangre que se expectora, puede venir de la naríz, o de las encías, o puede tener su origen en una enfermedad cardíaca, especialmente en estenosis mitral, en un aneurisma, en un traumatismo toráxico, en un neoplasma, en un infarto pulmonar, en un estado crónico de congestión pasiva pulmonar, de micosis del pulmón, de la inhalación de un cuerpo extraño, en una pulmonía, en una bronquiectasia, o en un estado de diatesis hemorrágico, pero la causa más corriente de hemoptisis es tuberculosis pulmonar y hasta que no se pueda probar lo contrario, el que expectora sangre, se debe considerar como un tuberculoso a pesar de que estén ausentes todo otro síntoma o signo físico de la enfermedad. Aunque un exámen bacteriológico negativo de esta sangre expectorada no excluye nada en absoluto, se encuentran en ella tan amenudo y con tanta facilidad los bacilos, que apenas se explica cómo pueda uno omitir en ningún caso una técnica tan sencilla.

Una pleuresía húmeda, sin causa aparente, es tan frecuentemente de orígen

tuberculoso o precursora de la enfermedad que basta por sí sola para clasificar el paciente como un Tuberculoso incipiente y someterlo a tratamiento si queremos evitar consecuencias serias.

Es peligrosísimo desdeñar cualquier desequilibrio en el mecanismo termo-regulatorio del organismo por leve que aparezca la instabilidad si no tiene una causa aparente. Pequeñas elevaciones diurnas de temperatura que aparecen tarde en el día y son influenciadas por actividad física o mental, especialmente si están asociadas a alguna pérdida de peso, lasitud y a un pulso rápido e irregular, merecen la atención más cuidadosa, pues sugieren Tuberculosis; naturalmente después de excluir otras infecciones crónicas o sistemátocas y especialmente la Sífilis Terciaria y las endocarditis subagudas.

Un pulso rápido, persistente, afectado intensamente por causas triviales, especialmente cuando va acompañado de instabilidad vasomotriz, manifestada por palpitaciones, calofríos, sudores y rubores, aunque pertinente a una infinidad de otras condiciones, se debe tan amenudo a la absorción tóxica de un foco Tuberculoso, cuando se encuentra asociado a otras señales sugestivas, que da tanta información como una reacción febril.

Una historia de catarros frecuentes hay que analizarla con cuidado, ya que tan amenudo la Tuberculosis se manifiesta con uno de esos llamados catarros. Un catarro agudo que deje por detrás una tos que persista por más de un mes, es de lo más sugestivo, y apesar de que muchas veces se encuentran causas relativamente poco importantes, extrapulmonares, para este síntoma, el exámen físico y Radiológico más completo y minucioso debe hacerse en estos casos.

Una disminución en la capacidad de soportar esfuerzo y ejercicio, que eran antes, incapaces de producir fatiga o una sensación transitoria de cansancio recurriendo con más o menos regularidad, sin causa aparente, sobre todo acompañada de alguna pérdida de peso, de una fiebre ligera, de instabilidad vasomotriz y de nerviosidad, se considera de los más sugestivo después de eliminar hipertiroidismo ,'Effort Syndrome" y algún otro desorden sistemático.

No es nada raro en tuberculosis incipiente que el paciente solo se queje de síntomas digestivos. Disturbios gastrointestinales obscuros y poco definidos que aparecen sin causa aparente son tan frecuentes en tuberculosis pulmonar que cuando se puede excluir enfermedad primaria en el tubo digestivo, demanda tan imperativamente una investigación cuidadosa del pecho como la presencia de la tan conocida fístula in ano.

Amenorrheas sin enfermedades locales pélvicas que no dependan de una deficiencia en las glándulas de secreción internas o que no ocurran subsiguientes a una enfermedad aguda sistemática, puede ser un síntoma de tuberculosis e impone una investigación del torax.

II. EXAMEN FISICO:

Al considerar el exámen físico en tuberculosis incipiente lo primero que hay que recordar es que tiene igual importancia y necesita del mismo énfasis la exploración extra-pulmonar como la de los pulmones mismos y el que para tener algún valor tiene que ser general y completo para poder así excluir condiciones extra-torácicas que como hemos visto pueden explicar hasta el más sugestivo de estos síntomas cardinales. En cuanto a la parte torácica del exámen nada más fácil.

El miedo con que tan generalmente se mira aun, se debe solo al error de creer todavía necesario la super-estructura de refinamientos de este exámen basado en variaciones casi imaginarias, con factores personales de interpretación casi imposible de aprender, la que resultó al tratar de relacionar la interpretación errónea de la prueba de tuberculina cuando se consideraba significativa de enfermedad y no de infección y no existía la ayuda de los rayos X. Era la época de la infancia de la especialidad cuando para ser tisiólogo tenía que autosugestionarse uno a creer que poseía un poder auditivo excepcional bajado del cielo ya que toda la atención se enfocaba en el exámen físico del pecho exclusivamente y había que imaginarse poder encontrar en él la evidencia directa de la enfermedad en todos los casos cuando sólo es posible encontrarla en alguno, en vez de hacer uso de la ayuda verdadera que se encuentra en las pruebas circunstanciales de los otros exámenes. Por suerte todo está desechado y el médico general solamente está supuesto a determinar la presencia o ausencia de estertores moderadamente gruesos fáciles de oir, que no necesitan de un factor personal de interpretación y que si no se oyen durante la inspiración que siga a una pequeña tos, al final de la expiración es porque no existen y no porque se requiera un especialista para oirlos. Estos extertores son el único signo físico con valor absoluto positivo en cuanto al parenquima pulmonar. Cuando se encuentran circunscritos y persistentes en un area alta del pulmón tienen el mismo valor que el de un exámen de esputo positivo para bacilos de Koch. Lo importante es saber que no tienen valor alguno negativo, que no se encuentran en todos los casos, que el diagnóstico de la tuberculosis incipiente no puede depender de ellos exclusivamente, y que cuando no existen en un caso no hay que empeñarse en oirlos a la fuerza y si en buscar y considerar las otras evidencias que nos ofrecen los demás exámenes. Es curioso, pero la tisiología moderna en cuanto a exámen físico del pecho, lo que más bien ha hecho es volver a donde lo dejó Austin Flint en el 1866 y convencerse que hay que además buscar por otros lados y no solamente en refinamientos exagerados de este sólo método de exámen. Ya hemos considerado el significado de una pleuresía con efusión y cuando se encuentra en un caso, su presencia es obvia al exámen físico.

III. RAYOS X:—

Los Rayos X en el exámen del torax llegaron en el momento preciso en que más en boga estaban estos refinamientos de diagnóstico físico, y cuando el médico general se encontraba más perdido y desorientado entre ellos. La reacción natural que siguió fué desechar por completo el exámen físico y los otros medios de diagnóstico y aceptar con entusiasmo los rayos X como el método corto, fácil e infalible por tanto tiempo deseado. El estudio radiográfico del pecho tiene tal importancia que hoy en día se considera incompleto todo exámen del pecho que no lo incluya. Se sabe perfectamente que en la mayoría de los casos la radiografía demuestra una extensión del proceso patológico mucho mayor que el que se puede determinar por la exploración física. En las escuelas post-graduadas tienen a uno días y días viendo casos moderadamente avanzados y hasta muy avanzados en las placas radiográficas, sin el menor signo físico pulmonar. En tuberculosis

infantil es el único medio de verificar el diagnóstico, ya que en ellos no existe ningún signo físico que pueda obtenerse al explorar el torax. Pero a pesar de todo, el exámen roentnológico no ha podido excluir los demás métodos de diagnóstico, y el que insista en ello se expone a errores, sin necesidad. Porque también se ven casos con esputo positivo, hipersensibles a tuberculina, con estertores localizados en un vértice y con síntomas cardinales en los que la radiografía es negativa y no por eso se deja de diagnosticarlos como tuberculosos. Y se ven casos hemotóicos que sangran por meses antes de poderse demostrar la lesión en el roentgenograma. Además, el costo hace imposible que se le tome una radiografía de rutina a todo paciente que uno vea. Son necesarias la historia y el examen físico para que nos indiquen los casos en que es necesario hacerlo y entonces se debe considerar como imprescindible. Son además un record gráfico valiosísimo para seguir el progreso del caso y guiarnos en su terapia.

IV. EXAMEN DE ESPUTO:

Después del postulado maestro de Koch hubo naturalmente también la creencia general de que se había encontrado el atrecho en el diagnóstico y que solo bastaba examinar el esputo para hacer un diagnóstico positivo de tuberculosis. Llegó a haber por lo tanto necesidad de que surgiera una campaña en favor de un diagnóstico más temprano en la que el lema principal adoptado era: "No espere a que el esputo sea positivo par hacer el diagnóstico o lo hará muy tarde. La presencia de bacilos en el esputo solo indica que el caso ha progresado bastante para ulcerar un bronquio". Esta campaña sinembargo ha dado lugar al descuido más grande y generalizado en examinar el esputo. Es perdonable que uno se equivoque al interpretar los síntomas o signos físicos, pero es inexcusable dejar de examinar el esputo. Su valor positivo es absoluto. Su valor negativo en un solo exámen es nulo, pero a medida que se repite va adquiriendo y aumentando éste hasta alcanzarlo inmenso en la diferenciación de bronquiectásias, abcesos con excavaciones y micosis de los lóbulos superiores pulmonares, lesiones que pueden tener a excepción de un esputo negativo persistente; todas las otras características sintomáticas roentgenográficas. En los niños que no saben espectorar y se tragan el esputo el bacilo hay que buscarlo y se encuentra con facilidad en las heces fecales.

V. PRUEBAS INMUNO-BIOLOGICAS:

No existe ninguna manipulación que pueda llevarse a cabo con el suero o con la sangre aplicable a cualquier enfermedad que no se haya informado en la literatura como aplicable al diagnóstico de la tuberculosis pulmonar alegando éxito. Hubo demasiado suerte en sífilis para que la prueba de fijación del complemento no se adaptara también a la tuberculosis. Elrich legó opsoninas, agresinas, y aglutininas. Tenemos índices fagocitario, reacción levo-rotatoria de Arneth, velocidad de sedimentación, prueba de floculación, y prueba de tuberculina. De ésta pléyade de reacciones inmuno-biológicas algunas han tenido un buen valor en el pronóstico pero para el diagnóstico solo tenemos con valor real la prueba de tuberculina. Este es el único procedimiento que sin ayuda puede establecer el diagnóstico de tuberculosis, nunca en absolu-

to de enfermedad, pero sí de infección y haciéndol ode una manera negativa solamente. En este respecto los servicios que presta son la antítesis de los que ofrece un exámen positivo de esputo. Cualquier sujeto que se presente a exámen que no exhiba alguno de los factores conocidos que interfieren con la prueba, tales como preñez, sarampión, tosferina, influenza, leucemia, infecciones abrumadoras, etc., y que no reaccione a la prueba con dosis máximas de tuberculina, no puede tener tuberculosis, y podemos inmediatamente relegar de nuestra mente esta posibilidad de diagnóstico sin perder más tiempo en seguir los otros procedimientos discutidos, dedicándolo a seguir las otras sugerencias de diagnóstico que nos ofrezca el caso. Sin embargo, nunca hasta ahora en ninguna consulta en Puerto Rico en casos oscuros de diagnóstico de tuberculosis he encontrado una sola vez en que se le haya hecho la prueba de tuberculina al enfermo, y al preguntarle, por curiosidad, al médico, por que la había omitido siempre me responde: "Porque no vale la pena", "porque todos los adultos responden a la tuberculina": Este es un error generalizado por haberse quedado sin borrar de la mente profesional un solo reporte de Viena, del año 1915 en que dió la casualidad que un investigador hizo la prueba en un dispensario, entre un número grandísimo de personas tuberculizadas, y asumió que esto representaba la población mundial completa. Podía ser así verdad, quizás, hasta en toda Viena en aquella época. No es verdad que todo adulto dá una reacción positiva a la tuberculina. Si los records tienen valor alguno dice Kraus, no es verdad en el distrito del Hospital Bellevue de New York, ni en la ciudad de San Luis, ni en los Estados de Massachussetts, ni Maryland, ni en ningún sitio donde se haya hecho un análisis representativo de la población en general. En Massachussetts solo se obtiene un 28% de resultados positivos, en Puerto Rico con una mortalidad y una morbilidad tan enorme de la enfermedad, quizás se encuentren en un promedio altísimo, pero nunca universal. Naturalmente que una prueba positiva de tuberculina, sólo quiere decir que el paciente tiene infección tuberculosa, pero no quiere decir en absoluto que el paciente padece de la enfermedad, y por eso su valor es solamente negativo, ya que cuando la prueba es absolutamente negativa, sin haber nada que interfiera con ella, el paciente no puede tener la enfermedad.

Es demasiado fácil para un médico general al considerar un caso incipiente de tuberculosis obtener del paciente si tiene o no síntomas cardinales o subjectivos, estertores localizados persistentes, en la parte alta de un pulmón, si su radiografía del tórax es o no positiva, si su esputo contiene o no bacilos de tuberculosis y si tiene o no habilidad de reaccionar al antígeno específico, tuberculina. Cuando haga rutinariamente estas simples cinco técnicas de diagnóstico sin tratar de eludir alguna, no habrá más necesidad de tisiólogos especializados, para hacer el diagnóstico temprano de tuberculosis pulmonar.

Ponce, P. R.

La mortalidad infantil y de lá niñez, en Puerto Rico

Dr. A. MONTALVO GUENARD.

Este trabajo que tengo el honor de presentar a la culta Clase Médica, en general, lo tenía preparado desde el mes de diciembre de 1928, y guardado permanecía en mi escritorio hasta que llegó a mis manos una copia de un luminoso trabajo que sobre esta materia han publicado los distinguidos compañeros Drs. A. Fernós Isern y J. Rodríguez Pastor que coincide en muchos puntos de vista con mi pequeña producción, lo que considero como un gran honor para mí y por este motivo he decidido publicarlo.

Hoy en día se está prestando una decidida atención al magno problema de la mortalidad infantil y de la niñez, en la mayor parte de los países civilizados. Aquí, en Puerto Rico, amantes como somos de todo lo que significa progreso, no podíamos permanecer indiferentes ante este movimiento científico, patriótico y humano y que de una manera tan directa nos afecta como pueblo culto, preparado para abordar todas estas cuestiones de orden social y de salud pública. Por lo que dándonos cuenta exacta de la responsabilidad que tenemos ante el mundo o países que yo están envueltos en esta campaña, no hemos vacilado en hacernos cargo de la parte que nos corresponde en la cruzada. Lo comprueban las clínicas de niños que desde hace tiempo funcionan en distintas partes de la isla, en dispensarios y Unidades de Salud Pública, establecidas por el Departamento de Sanidad Insular. Lo comprueban también los esfuerzos que hace nuestra cultísima Asociación Médica, patrocinando certámenes, debates y conferencias de esta naturaleza, en sus asambleas anuales y trimestrales.

También habla muy elocuentemente sobre esta cuestión, el marcado interés que se toma nuestra digna Clase Médica cada vez que de esta tesis se trata.

Entrando de lleno a delinear, aunque ligeramente, el asunto que nos ocupa podemos decir que en Puerto Rico fallecen por varias causas de 8,000 a 10,000 niños anualmente, en la edad comprendida de 1 día a dos años y de estos sucumben a causa de diarrea y enteritis como unos 3,300 ó sea aproximadamente una tercera parte de las defunciones ocurridas en esta temprana edad.

Sabemos que la mayoría de esta pérdida de vida corresponde a la clase pobre, por varias causas: por ser ésta la más numerosa y por sus condiciones económicas, sociales e higiénicas. Sabemos también que en los centros urbanos donde el conglomerado humano es mayor, principalmente entre aquellos que viven en un estado paupérrimo acosados por el calor y falta de higiene, son más los casos que se registran sufriendo de entero colitis, en la temprana edad, que en aquellos lugares rurales donde la manera de vivir de nuestra gente es menos congestionada, más fresca y de menos pestilencia.

También sabemos que los meses de junio, julio y agosto, arrojan mayor destrucción de vidas tiernas que los otros meses del año.

Teniendo en cuenta estas realidades debemos dirigir toda nuestra energía a estudiar concienzudamente tres factores importantísimos, que a mi juicio, en ellos

se encierran los causantes del desastre anual de vidas de menores.

Estos factores me permito señalarlos del modo siguiente:

1—Factor higiénico,
2—Factor económico,
3—Factor social.

En el factor higiénico encontraremos desde la tara hereditaria (que se aglutina con el factor social) que arrastra consigo un enorme fardo de calamidades, hasta el viciado medio ambiente en que se desarrolla un alma infantil. Son muchos los niños que anualmente caen víctimas del pecado cometido por sus antepasados, precipitados en la caída por una vida inmunda y miserable.

El factor económico podríamos muy bien llamarlo el complemento del factor higiénico porque actúan unidos como un antro devorador de nuestros niños. Ya hemos mencionado el estado de indolencia en que vive la mayor parte de nuestra clase pobre, por lo que la pestilencia y el pauperismo la consume constantemente.

En el factor social está envuelta la llave maestra de nuestra perturbación vital. De la ignorancia y del grado más o menos de ilustración de nuestro pueblo, depende, sin duda alguna, la mayor parte de nuestra crecida mortalidad infantil y de la niñez. Por ignorancia nuestra clase humilde comete muchos errores en la manera de alimentar a sus niños, comete grandes errores cuando enferman sus hijos, aplicándoles remedios caseros, anticuados e inapropiados. Comete grandes errores viviendo con sus pequeñuelos en el peor estado de limpieza.

Como consecuencia de los tres factores ya mencionados podemos englobar como causa principal del desequilibrio enorme entre los que nacen y los que mueren en la temprana edad en Puerto Rico, lo siguiente:

Errores de alimentación,
Errores de medios curativos,
Debilidad congénita,
Falta de higiene.

Abunda en nuestra razón el hecho de que la mayor parte de las defunciones que ocurren hasta dos años de edad, por orden estadístico están agrupados en el porciento siguiente:

1—Afecciones del sistema digestivo 31%
2—Afecciones de la primera infancia. 22%
3—Afecciones del sistema respiratorio 12%
4—Epidemias, etc. 15%

Categóricamente deseamos expresar que la leche de vaca, per se, no es la más culpable de los desórdenes digestivos en nuestros niños, ni llevan tampoco toda la responsabilidad los otros alimentos sustitutos de la leche materna, sino la falta de conocimientos de los métodos adecuados de preparar debidamente estos alimentos. Robustece mi observación los datos que tenemos de las Unidades de Salud Pública y dispensarios del Departamento de Sanidad Insular, donde se distribuye leche de vaca gratis, para alimentar a los niños desnutridos y al mismo tiempo se instruye a las madres en la manera de preparar estos alimentos. La mortalidad infantil y de la niñez ha sido reducida casi en un 60% en los niños que concurren a estos centros de salud.

Para terminar diremos que, en verdad, todo nuestro problema infantil es más bien una cuestión de educación.

San Juan, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

Año XXII.	Diciembre de 1930.	Núm. 183.

Informe que el Presidente, Dr. Ramón M. Suárez presentara a la Cámara de Delegados en su sesión anual, a las 2 P. M. del día 26 de diciembre de 1930.

Señores Delegados:—Empezaré mi informe de este año, dando cumplimiento a un acuerdo que a moción del Dr. Otero fué aprobado por unanimidad durante la asamblea anual ordinaria celebrada por esta Cámara de Delegados en Diciembre del 1929. Presento para ser incorporada en el libro de actas una lista completa de accionistas del edificio de la Asociación y la cantidad con que cada cual ha contribuido hasta la fecha.

Los nombres de los médicos y las respectivas cantidades las hemos ido publicando en los boletines de esta Asociación según se han ido recibiendo. Ultimamente hicimos preparar en mimeógrafo, una lista que enviamos para su corrección o ratificación a los contribuyentes. Muy pocas fueron las correcciones que tuvimos que hacer, a pesar de que debido al gran número de pagarés que tuvimos que negociar en el banco y que más tarde nos fueron devueltos sin cancelar, esperábamos sufrir equivocaciones en nuestras cuentas.

Queremos hacer constar que no se ha hecho un sólo desenbolso que no haya sido por medio de check y que todas las contribuciones en cualquier forma que se hubieran recibido, fueron ingresadas en la cuenta especial que tuvo el año pasado esta Asociación en el Banco Comercial de Santurce y este año en el National City Bank, también en Santurce.

Aunque siempre tuvimos la ayuda eficaz de muchos compañeros, la administración económica ha estado siempre bajo el control directo del subscribiente. Somos responsables por lo tanto, de cualquier error involuntario que exista y quedamos ahora y en todo momento obligados a subsanarlo.

ACCIONISTAS DEL EDIFICIO DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Dr. Santiago Veve . . .	$500.00
" Mario Juliá	400.00
" M. Díaz García . . .	300.00
" Agustín Laugier . . .	300.00
" Alfaro Díaz Félix . . .	50.00
" Arché Díaz	50.00
" Armaiz Jesús M. . . .	200.00
" Arrache José	50.00
" Ashford Bailey K . . .	100.00
" Aubray José	150.00
" Barreras Jenaro . . .	200.00
" Barreras José	100.00
" Belaval José S. . . .	125.00
" Bernabe Rafael . . .	150.00
" Berríos Berdecía R. . .	100.00
" Biamón Luis L. . . .	150.00
" Bladuell H.	100.00

Dr. Bonelli Pablo	100.00	Dr. Gutiérrez Igaravidez P. .	150.00
" Bou A	100.00	" Guzmán Jr. M. . . .	25.00
" Caballero Mariano . .	100.00	" Hernández Fco. J. . .	100.00
" Cabán E. J.	25.00	" Igartúa José E. . . .	100.00
" Cadilla Arturo . . .	100.00	" Lanauze José A. . . .	53.00
" Camacho J.	10.00	" Lavandero Ramón. . .	50.00
" Canino E.	43.00	" Lassisse Enrique . . .	100.00
" Cardona Juan P. de . .	100.00	" Lassisse Luis N. . . .	100.00
" Cardona Néstor de . .	100.00	" Laugier Juan	40.00
" Carrasquillo H. F. . .	200.00	" López de la Rosa L. . .	100.00
" Carreras Manuel G. . .	200.00	" López Nussa R. . . .	100.00
" Carrión Arturo L. . .	100.00	" Malaret Pedro . . .	100.00
" Caso Hilario	150.00	" Martínez E. J. . . .	25.00
" Caso José	100.00	" Martínez García Fco .	100.00
" Castaing P. H. . . .	25.00	" Mayoral A.	70.00
" Chaves Estrada J. . .	100.00	" Moczó L.	30.00
" Clavel L.	20.00	" Montalvo Guenard A. .	60.00
" Colón J. E.	100.00	" Montenegro José D. . .	100.00
" Colón Rafael	100.00	" Morales Otero P. . . .	100.00
" Costa Mandry O. . . .	175.00	" Mújica Agustín . . .	100.00
" De Jesús F. R. . . .	75.00	" Muñiz Antonio . . .	100.00
" De la Pila M.	125.00	" Muñoz José M. . . .	100.00
" Del Río Juan	100.00	" Muñoz Justo L. . . .	120.00
" Domínguez César . . .	100.00	" Nadal Grau J.	100.00
" Domínguez Tomás . .	100.00	" Navas Torres A. . . .	200.00
" Escabí J.	100.00	" Nogueras Juan . . .	100.00
" Fernández García E. . .	20.00	" Oliveras A.	100.00
" Fernández Luis J. . .	125.00	" Ortiz Guzmán . . .	50.00
" Fernós Isern A. . . .	100.00	" Ortiz Romeu A. . . .	100.00
" Font J. H.	100.00	" Otero López A. . . .	110.00
" Font Suárez V. . . .	140.00	" Palmieri J.	100.00
" Forastieri J.	100.00	" Pavía Fernández M. . .	150.00
" García Cabrera E. . .	125.00	" Perea Pedro	200.00
" García de Quevedo M. .	100.00	" Piñero Dolores . . .	25.00
" García Estrada M. . .	50.00	" Pressly J. M.	100.00
" Gacía Lascot E. . . .	50.00	" Prieto E.	100.00
" García Soltero A. . . .	50.00	" Pujadas Díaz M. . . .	150.00
" Gatell Palmira . . .	100.00	" Quintero Ernesto . . .	100.00
" Gelpí William . . .	10.00	" Quiñones Edgardo . .	75.00
" Goenaga F.	100.00	" Quiñones Jiménez N. . .	200.00
" González Carlos . . .	75.00	" Quiñones Norberto . .	100.00
" González J. F.	100.00	" Ramírez Arquelio . .	100.00
" González José	100.00	" Ramírez U.	50.00
" González Martínez I . .	200.00	" Ramos José	100.00

Dr. Reguero González J. . .	25.00
" Reyes Antonio R. . . .	25.00
" Rigau G.	25.00
" Rivas J.	100.00
" Rivera Pedro	100.00
" Rivera Aulet R. . . .	100.00
" Robert de Romeu M. . .	100.00
" Rodríguez Calixto . .	25.00
" Rodríguez Cancio M. .	100.00
" Roldán Amalio . . .	100.00
" Román Benítez M. . .	30.00
" Romeu Ortiz R. . . .	100.00
" Sanabria N.	15.00
" Santiago José	50.00
" Santos Julio A. . . .	25.00
" Segarra E.	100.00
" Sein Fco.	100.00
" Serra Chavarri . . .	50.00
" Sifre Ramón J. . . .	200.00
" Silva Navarro A. . . .	100.00
" Suárez Ramón M. . . .	100.00
" Susoni Fco. M. . . .	100.00
" Timothé Carlos . . .	75.00
" Timothé Rafael . . .	50.00
" Toro Jorge del . . .	200.00
" Torruellas R.	100.00
" Trelles Laureano . . .	100.00
" Trilla Federico . . .	200.00
" Vadi Emilio	50.00
" Valecillo A.	100.00
" Vélez López R. . . .	100.00
Veve Juan	200.00
" Viduya M. J.	5.00
" Villamil José R. . . .	100.00
Dr. Villenueve Antonio . .	100.00
" Yordán L.	50.00
TOTAL . .	$14,631.00

El año pasado entregamos un estado de cuentas completo de la construcción del edificio (Boletín No. 175, página 16) que ustedes recordarán ascendió a un total de $16,649.10 incluyendo en esa cantidad la suma de $942.63 que invertimos en mobilario, seguro de obreros, fianza de luz, intereses, etc. Recordarán además que dejábamos pendiente de pago la cantidad de $4,840.10 y un sobre giro en el Banco Comercial de $361.10 y una nota a favor del mismo banco garantizado con mi firma un número de pagarés que me enviaron los doctores Perea y García de Quevedo de Mayagüez y que sumaban más de $1,000.00.

Entrego este año toda la documentación del año pasado, donde se encuentran los comprobantes de todos los gastos en que hemos incurrido y también el talonario de checks de este año, el sobre giro cancelado, los distintos pagarés que hemos podido recoger y un número de checks que nos fueron entregados en pago de acciones y que no pudimos hacer efectivos.

A continuación copio del talonario, el número, fecha y el nombre de la casa o persona a quienes hemos expedido checks durante este año.

LISTA DE CHEQUES EXPEDIDOS DURANTE EL AÑO.

Cheque	No.	1	Diciembre	28, 1929	Antonio Martorell	$318.07
"	"	2	"	28, 1929	Cash (Semanal)	27.50
"	"	3	"	31, 1929	Bartolomé Fiol	75.50
"	"	4	Enero	4, 1930	Emilio Nadal	14.50
"	"	5	"	8, 1930	Andrés Rodríguez	69.15
"	"	6	"	8, 1930	Antonio Higuera	125.00
"	"	7	"	3, 1930	Merino Rodríguez Hnos. . .	73.44
"	"	8	"	9, 1930	Cash (Tarjetas Circulares) .	20.00
"	"	9	"	9, 1930	Villar & Co.	87.00
"	"	10	"	15, 1930	Banco Colonial (Sight Draft-Butacas	450.00
"	"	11	"	16, 1930	Serrano (carpintero) . . .	6.00
"	"	12	"	17, 1930	Ledo. Juan Guzmán, sellos, registro escritura préstamo $4000	12.75
"	"	13	"	18, 1930	Pedro Vázquez (Encuadernador)	3.00
"	"	14	"	21, 1930	Anselmo Rodríguez . . .	6.00
"	"	15	"	22, 1930	Sobnos. de Arzuaga . . .	300.00
"	"	16	"	22, 1930	A. Mayol & Co.	505.11
"	"	17	"	22, 1930	J. Ochoa & Hno.	366.08
"	"	18	"	22, 1930	A. Sánchez Frasqueri . . .	123.23
"	"	19	"	22, 1930	Sucs. L. Villamil & Co. . .	431.85
"	"	20	"	22, 1930	Santurce Lumber Yard . .	13.16
"	"	21	"	22, 1930	Pizá Martínez Inc. . . .	96.90
"	"	22	"	22, 1930	The Power Electric Co. . .	299.00
"	"	23	"	22, 1930	Sobrinos de Portilla . . .	36.36
"	"	24	"	22, 1930	Vicente Martínez (Plomero) .	76.13
"	"	25	"	22, 1930	Salvador Gil	200.00
"	"	26	"	22, 1930	Jordán & Co.	4.47
"	"	27	"	25, 1930	Emilio Nadal	15.00
"	"	28	Febrero	5, 1930	Aboy Vidal & Co.	258.11
"	"	29	"	5, 1930	A. Pérez Hnos.	28.13
"	"	30	"	7, 1930	Sobrinos de Arzuaga (Seguro contra Incendio) . . .	37.06
"	"	31	"	17, 1930	Cash (Limpieza, peón, y lunch de Eno. 26, 1930) . . .	25.00
"	"	32	"	24, 1930	L. F. Delgado (copias azules)	1.00
"	"	33	"	24, 1930	Hospital Betances (1er. pagaré)	508.61
"	"	34	Mayo	5, 1930	Hospital Betances (2o. pagaré)	515..00

Cheque No.	35	Mayo	12, 1930	A. Mayol & Co. (limpiapies)	7.85
” ”	36	”	7, 1930	Banco Comercial de P. R. (Sobre giro y pagarés devueltos)	421.30
” ”	37	Julio	14, 1930	Hospital Betances (3er. pagaré)	524.72
” ”	38	Septiembre	1930	Carpintero Biblioteca . . .	125.00
” ’	39	Noviembre	1, 1930	Hospital Betances (4to. pagaré)	540.00
” ”	40	Diciembre	7, 1930	Hospital Betances (5to. pagaré)	544.86
				TOTAL . .	$7,291.84

Si ustedes se fijan en la lista de cuentas pendientes de pago (Boletín No. 175, página 16) en diciembre de 1929 y en esa lista de cheques expedidos este año, notarán que tuvimos la suerte de que todas las casas comerciales, con la excepción de Aboy, Vidal & Co. nos hicieran un descuento que varía entre 5 a 15 por ciento y que el señor Joaquín Rodríguez a quien debíamos $27.50 por concepto de arena, nos condonara la deuda.

Deseo llamarles la atención a ciertos gastos que no están incluidos en el costo original del edificio y que tuvimos que atender este año, como son los intereses devengados por pagarés, los pagarés devueltos por el banco, (check No. 36), construcción de la biblioteca (check No. 38), checks para semanales, seguro contra incendio, compra de grama, limpieza, peón, carpintero, etc.

De los 8 pagarés de $500 cada uno que subscritos por distintos compañeros, fueron entregados a la corporación Hospital Betances como garantía al préstamo de $4,000.00 que a un 10% de interés anual y con la garantía adicional de una primera hipoteca sobre el edificio en que está instalado hoy día el Hospital Mimiya, hemos podido cancelar cinco.

El primer pagaré subscrito por los doctores M. Pujadas Díaz y A. Ortiz Romeu y que vencía el día 17 de Sept, 1930, fué recogido con el check No. 33 de $508.61 en Marzo 24, el segundo pagaré suscrito por los doctores Ramón J. Sifre y Ramón M. Suárez se canceló con el checks No. 34 de $515.00 el día 5 de mayo, el tercero del Dr. Ramón J. Sifre y Dr. Jesús Armaiz con el check No. 37 de $524.72 en Julio 14, el cuarto del Dr. Agustín R. Laugier y el Dr. Eusebio Coronas con el check No. 39 por $540.00 en Noviembre 1o. y el quinto de los compañeros Arturo L. Carrión y Francisco J. Hernández se canceló por medio del checks No. 40, el día 7 de Dbre. y ascendió con los intereses a $544.86.

A pesar de que en la Asamblea anual pasada se aprobó una proposición del Dr. García Cabrera autorizando al presidente a usar los fondos regulares de la Asociación o cualquier otro ingreso a beneficio del pago de la deuda incurrida por la construcción del edificio, fué poca la ayuda que tuvimos en ese sentido durante el año como se verá más adelante. De

los fondos del boletín únicamente pudimos conseguir $40.00 en Julio 15, $75.00 en noviembre 1 y $100.00 el día 6 de diciembre que nos ayudó a recoger el 3o., 4to. y 5to. pagarés respectivamente.

Quedan por lo tanto, pendiente de pago tres pagarés, subscritos uno por Manuel Díaz García y Ramón M. Suárez, otro por Mariano Caballero y Rafael Bernabe y el último por Manuel Díaz García, Federico Trilla y Pablo Morales Otero. Esto es: dejamos una deuda de $1,500.00 y los intereses.

Para responder a esa deuda, la próxima directiva tendrá medios hábiles a su alcance, que yo no tengo que mencionar siquiera y además los siguientes valores (que entrego) en tarjetas, checks y pagarés subscritos a favor de nuestra asociación y cuya suma asciende a $2,444.00

Dr. Edgardo Quiñones . .	$25.00
" J. Apellaniz	100.00
" Carlos González . . .	25.00
" E. García Lascot . . .	50.00
" G. Rigau	75.00
" Nicolás Sanabria . . .	85.00
" L. A. Yordán	50.00
" E. Vadi	50.00
" E. J. Cabán	75.00
" P. A. Casting	75.00
" M. Guzmán Jr. . . .	75.00
" U. Ramírez	50.00
" M. Soto Rivera . . .	100.00
" Sergio S. Peña	100.00
" F. J. Capó Jr.	100.00
" S. Riera	100.00
" Luis Moczó	70.00
" F. Sánchez	100.00
" Ramón Lavandero . . .	50.00
" A. Mayoral	30.00
" Dámaso Talavera . . .	100.00
" Juan R. Laugier . . .	60.00
" J. M. Quiñones	30.00
" A. Sánchez	100.00
Dr. Arché Díaz	50.00
" E. Martínez Rivera . .	50.00
" A. Montavo	40.00
" F. Alfaro Díaz . . .	50.00
" J. Reguero	75.00
" E. Canino	57.00
" E. Garrido Morales . .	100.00
" José A. Lanauze . . .	47.00
" J. Lastra Charriez . . .	100.00
" Luis F. González . . .	100.00
" Sabas Honoré	100.00
" José A. Lanauze . . .	47.00
TOTAL	$2,444.00

(Los dos últimos en poder del Dr. Federico Trilla)

No podemos terminar este informe económico sin hacer público una vez más nuestro reconocimiento personal al Comité pro-edificio médico antes y al Comité de Finanzas actual, sin la ayuda de los primeros presididos por el doctor José Santiago no hubiéramos podido terminar la construcción del edificio y sin la ayuda de los compañeros que componen el segundo nuestra labor este año hubiera sido aún más difícil.

Debo mencionar además la ayuda bríndádame por el Secretario de esta Asociación, Dr. Pavía Fernández, quien durante mis dos meses de ausencia en los Estados Unidos este año laboró infatigablemente por reducir la deuda de la Asociación.

ASAMBLEAS DE DISTRITO

Dimos fiel cumplimiento a la obligación moral que nos impusimos hace tres años de organizar o ayudar a la organización de asambleas médico-científicas en todos los distritos de la isla. Las de

este año demostraron, quizá con una rara excepción, que la celebración de estas jornadas médicas no son ya una imposición que la directiva insular hace a las asociaciones de distrito, sino que son éstas mismas asociaciones de distrito que se han dado perfecta cuenta de la importancia social y científica que ese intercambio de ideas y conocimientos rinde a nuestra profesión y se han aprestado con sus directivas respectivas a preparar su programa, organizar la asamblea y a invitarnos a ella. No podemos negar que la asamblea celebrada en Mayagüez este año y organizada por el presidente de la Asociación local, Dr. Perea, fué la más concurrida del año. No queremos hablar de la importancia de los temas discutidos en cada una de ellas, pues los programas han sido publicados en nuestro órgano oficial, pero ha destacado en todas el afán de nuestros médicos de presentar trabajos originales, de investigación y de estudio. Humacao fué el único distrito que no celebró su asamblea anual, pero ahí también cumplimos con nuestro deber, pues personalmente llevamos una noche y exhibimos en Fajardo donde reside el presidente las películas de cáncer y no fué nuestra la culpa si los médicos del distrito no se reunieran por lo menos en aquella ocasión.

El distrito de San Juan, es un distrito excepcional, pues la mitad de los médicos asociados pertenecen a él y es donde radica el hogar de la Asociación, pero debemos hacer constar que la actividad desplegada durante el año por la directiva actual de la Asociación de este Distrito ha sido extraordinaria y nos complacemos en dar publicidad al programa completo que fué cumplido al pie de la letra. Las actuaciones de esa directiva deben servir de ejemplo y estímulo a las próximas directivas de éste y de todos los otros distritos.

ASAMBLEA EXTRAORDINARIA

En enero 26 celebró sesión extraordinaria la Asociación Médica de Puerto Rico para dejar terminados los asuntos que quedaron pendientes de solución en Diciembre. Entre ellos, estaban la adjudicación del premio donado por la casa Blanco al mejor trabajo científico presentado y que a juicio del Comité Científico, le fué otorgado al trabajo presentado en colaboración por los doctores O. Costa Mandry y Garrido Morales, y estaba también el informe del comité creado para estudiar y dictaminar con respecto a las tarifas y honorarios de las compañías de Seguro y Comisión Industrial y se dió cuenta también con cartas cruzadas entre el gobierno federal y la embajada española en Washington en relación con la importación de médicos y hermanas de la caridad para servir en el Auxilio Mutuo. Quiero informarles que este asunto quedó satisfactoriamente zanjado después de la carta explicativa del señor Presidente de esa institución y después de recibir correspondencia del senador Copeland, el representante La Guardia del Estado de New York y del Bureau de Medicina Legal de la Asociación Médica Americana.

BENEFICENCIA MUNICIPAL

La asamblea extraordinaria celebrada el 26 de enero estudió y discutió ampliamente el proyecto reorganizando la Beneficencia Pública que había sido presentado a la Legislatura y parecía tener el endoso del Hon. Gobernador Rooseevlt.

Se autorizó a nuestros miembros en el Comité Insular de Beneficencia a redactar un proyecto de ley sustituto y se aprobó una resolución presentada por el Dr. Figueroa en el sentido que "la Asociación ratifica su política anterior en materia de Beneficencia Pública oponiéndose a todo plan que tienda a centralizar la Beneficencia en manos del Departamento de Sanidad Insular".

La Legislatura no alteró en nada la ley Municipal en cuanto se relaciona con la Beneficencia Pública. A pesar de nuestros esfuerzos la Beneficencia Municipal sigue en las mismas condiciones que hace mucho tiempo. Es cierto que la influencia poderosa de nuestra organización. se ha hecho sentir intensamente en los municipios. El médico se encuentra mejor retribuído y es más respetado en su puesto, pero en cambio persiste, aunque ya va dando muestras de debilitarse también, la influencia de la política. Persiste también la condición desastrosa en que se ejerce la medicina y se practica la beneficencia pública y la caridad organizada en algunos municipios. Esta Asociación se encuentra obligada moralmente con el Pueblo de Puerto Rico desde hace varios años a buscar solución al magno problema de la Beneficencia Pública y mientras lleguemos a eso, deberá este asunto seguir siendo el primero a tratar en todas las asambleas.

No podemos mencionar este problema de la Beneficencia sin traer a la memoria el recuerdo del venerado compañero y amigo Dr. José Gómez Brioso, para quien pido un minuto de meditación u oración.

PROPAGANDA CONTRA EL CANCER

Podemos afirmar que se dió este año un paso firme de avance en la campaña de educación y divulgación científica contra el cáncer. Trajimos de los Estados Unidos dos películas—una científica: "Dr. Canti's Cancer Film" y otra popular; "This Great Peril", que fueron exhibidas en San Juan, Ponce y Fajardo, repartiendo al mismo tiempo una gran cantidad de material educativo que nos envío la "American Society for the Control of Cancer".

En la Asamblea celebrada en Aguadilla, en consideración al interés demostrado por el Dr. R. López Nussa desde hace varios años por este problema del cáncer, la asociación acordó hacer suya la comunicación enviada por este compañero al Gob. Roosevelt abogando por el establecimiento en Puerto Rico de un centro para el estudio y tratamiento de esta enfermedad y acordó además que una comisión compu.esta por el propio Dr. López Nussa, los compañeros, Gutiérrez Igaravidez, García Cabrera, González Martínez y el presidente visitaran al gobernador para interesarlo en el asunto.

La comisión cumplió su cometido y tenemos en nuestro poder la carta de la "American Society for the Control of Cancer" enviada al Gobernador Roosevelt en contestación a una suya dictada en nuestra presencia, dirigida al presidente de la asociación el Dr. Howard Canning, pidiéndole que se hiciera en Puerto Rico un estudio o "survey" de las condiciones con respecto al cáncer.

Hemos dado los primeros pasos y no dudamos que tan pronto las condiciones económicas del país lo permitan habremos de tener un centro Insular de Radium para el alivio o curación de infinidad de pacientes indigentes.

LA JUNTA DE MEDICOS EXAMINADORES

Otro de los asuntos que ocupó nuestra atención este año, fué el provocado por la Junta de Médicos Examinadores al traer a nuestra consideración su situación a raiz de haber firmado el gobernador la ley creando el Board de Optómetras y el Board de Enfermeras. La posición de esta Asociación fué bien clara y diáfana en ese asunto como lo demuestran nuestras actas. La primera obligación que nos impusimos fué la de ir en defensa del prestigio colectivo y personal de los miembros que forman esa Junta, no por su condición temporal del puesto oficial que ocupan, sino por su condición permanente de médicos y de socios. Fué sensible que ese asunto fuera tergiversado de la manera que lo fué por alguna persona a cuyos intereses personales así convenía y fuera, sin nuestra anuencia ni conocimiento, llevado a la prensa diaria. La Asociación en esa polémica mantuvo un discreto silencio, pero sintió que interpretaciones equivocadas o completo desconocimiento de los hechos, hubieran podido provocar recelos y enfriamientos para con la Asociación en algunos de los distinguidos miembros del Board de Médicos Examinadores.

Hace años hemos venido criticando por ineficáz y anticuada la actual ley regulando el ejercicio de la medicina y cirugía en Puerto Rico. ¿Pruebas? El asunto de List, el de Rechani, el de Ibarra Felici, el del Quiropráctico de Cabo Rojo, el de Guffain, el charlatanismo y curanderismo, el trigémino, las leyes de privilegio etc., etc. Nos consta que la Junta de Médicos ha trabajado infructuosamente la modificación de la Ley y sabemos además que los proyectos de leyes presentados por la Junta no solamente no han sido traídos al "floor" en las cámaras legislativas sino, que ni siquiera se han impreso. Honor éste que se hace a cientos de proyectos que en cada sesión quedan en el canasto de uno de los escribientes.

Vigilando por los intereses de la salud pública y por los intereses de la clase, la Asociación debe estudiar detenidamente la actual ley y propulsar su derogación o su enmienda en la próxima sesión legislativa empezando por reclamar el derecho que tenemos nosotros, (como ya lo tienen los dentistas y las enfermeras,) y no los partidos políticos, de recomendar las personas que habrán de representar a la profesión insular en la Junta Examinadora.

SEGURO MEDICO

La muerte del Dr. José Gómez Brioso nos dió una prueba más de la necesidad imperiosa que tiene la Asociación de dejar definitivamente resuelto alguna forma viable de Seguro Médico.

Quisimos que la viuda del Dr. Gómez Brioso fuera la primer beneficiaria y hemos dado los pasos necesarios, rodeándonos de comités especiales de entusiastas compañeros. No sabemos todavía el resultado de la campaña, pero tenemos fé en que todos los socios se hayan dado perfecta cuenta de la bondad de la causa que representamos y que podamos hacer entrega a Doña Pilar en estos días, de alguna cantidad que habrá de ser humilde pero que deberá demostrar la generosidad que abrigamos en nuestros corazones para el recuerdo de un hombre que enfermo y todo, se dió en cuerpo y alma durante los últimos años de su vida, a

esta asociación, a la defensa de los médicos de la beneficencia, a enseñar y a hacer el bien.

CICLON DE SANTO DOMINGO

El día tres de septiembre, estando en los Estados Unidos el cable nos comunicó que la República Dominicana estaba siendo azotada por un terrible huracán: el ciclón de San Zenón. Anonadados ante la magnitud del desastre, que según las informaciones detalladas que publicaba la prensa diaria americana, sufría el pueblo de Quisqueya, recibimos la noticia, cablegráfica, también, de haber salido para el sitio devastado una expedición de médicos puertorriqueños enviada por el Departamento de Sanidad a iniciativas del Gobernador Roosevelt y poco después con legítima satisfacción y orgullo nos enterábamos, que esta Asociación Médica dirigida por su actual Vice-presidente, el Dr. Rafael López Nussa, y por su secretario el Dr. Pavía Fernández, organizaba rápidamente cuatro unidades quirúrgicas, una unidad radiológica y otra de reemplazo, que salían para Santo Domingo.

A mi regreso recibí del Dr. Antonio Fernós, quien actuó como Jefe de la misión Médico-Sanitaria Puertorriqueña, una información completa de las actividades desplegadas por nuestros médicos durante esos días de peligro, y de dolor.

Ya nuestro boletín en su número de septiembre comentó editorialmente este asunto. Se publicó una lista de los médicos que formaron parte en las distintas unidades, como también las cartas de reconocimiento hacia nuestros compañeros que enviaron el Sr. presidente Trujillo y el Dr. Lucius W. Johnson.

No solamente fué sincera, fraternal, desinteresada y eficaz nuestra ayuda al noble pueblo que sufría, sino que llamó mucho la atención en todos los sectores el alto espíritu de armonía, solidaridad y compañerismo que prevaleció entre los médicos de las distintas unidades puertorriqueñas.

La Asociación, en circunstancias tan difíciles como esa, supo poner en alto el nombre de Puerto Rico y la tradición de espíritu caritativo y de sacrificio que es patrimonio de nuestro ministerio.

EL BOLETIN

Sin tiempo para pormenorizar, debo decirles que después de varias reuniones a las que citamos al antiguo administrador económico del boletín, nos vimos precisados a hacernos cargo de este trabajo, además del que hacía años teníamos en la edición del periódico. Aumentaba la deuda con la casa impresora y la irregularidad conque se iban recibiendo los ingresos por concepto de anuncios nos hacía nuestra situación muy difícil. Al extremo que ya en varias ocasiones la casa de Cantero Fernández y Co., Inc. se había negado a sacarnos el boletín. En esas condiciones y con una deuda de más de $500.00 cogimos nuestro journal y entregamos su administración económica, ofreciéndole un 50% de las ganancias al Dr. Rafael Rodríguez Molina.

Seguramente ustedes han notado como ha mejorado la apariencia del periódico desde el número de mayo, apesar de que las últimas ediciones han sido pequeñas por la doble razón de habérsenos agotado el material de publicidad y por tratar de cubrir siempre los gastos de impresión y tener algún beneficio con el número de anunciantes que hemos conseguido.

Económicamente salvamos la vida de

nuestro periódico. Este puede de ahora en adelante desenvolverse y progresar fácilmente.

El tesorero Dr. Pujadas o el Dr. Rodríguez Molina explicarán minuciosamente en su informe la situación económica actual del periódico pero yo quiero manifestar al pasar que el Dr. Rodríguez Molina ha cedido a la Asociación los beneficios que pudieran corresponder a él y que ascenderían a unos $200.00. Poco más o menos la cantidad que apropiamos para ayudar a pagar deudas del edificio, este año. Suplico a la asamblea que por este rasgo de generosidad del Dr. Rodríguez Molina se le incluya en la lista de accionistas del edificio.

ALTAS Y BAJAS

La Asociación cuenta hoy con 260 socios. Sufrimos en el año la pérdida de dos distinguidos miembros: el Dr. José Gómez Brioso y el Dr. Eusebio Coronas. Bajas producidas por la muerte. Uno se dió de baja expontáneamente: el doctor Diego Biascochea.

Hicieron su ingreso a la asociación 14 médicos:

Dr. García de la Torre,
" José B. Gotay,
" Basilio Dávila,
" Luis A. Passalacqua,
" Guillermo Marqués,
" J. Meléndez Santiago,
" Carlos E. Muñoz Mc. Cormick,
" Francisco A. Ferraiuoli,
" Enrique Koppisch,
" Víctor José Montilla,
" José Chaves,
" Arsenio Comas,
" Domingo N. Monserrate,
" Luis A. Sánchez.

ASUNTO DR. SEGARRA

El año pasado dí cuenta ante esta asamblea con una comuniccaión del Dr. Elías C. Segarra de Humacao, protestando de que las leyes permitieran el que un médico ocupara al mismo tiempo varios puestos retribuídos: municipales, insulares y federales, "sin importarle nada la casa con puertas y ventanas al sol del amigo, la ética profesional, ni mucho menos el principio de humanidad que todo hombre debe abrigar en su corazón y sustentar en sus procedimientos."—(copio de su carta).

Pocos después, a principios de agosto, la Comisión Legislativa del Desempleo por mediación de su secretario el Sr. Rafael Alonso Torres se dirigió a esta Asociación en solicitud de informes en cuanto al alcance y conveniencia de la cuestión planteada ante ellos por el Dr. Segarra en una comunicación copia de la cual nos remitieron.

Presento de nuevo este asunto a vuestro estudio y consideración sin recomendaciones de mi parte pero en la seguridad de que habrá de ser estudiado detenidamente por ustedes sobre todo en su aspecto de moral o ética profesional aunque su aspecto legal lo dejemos al dictamen de nuestro abogado.

Antes de resolverlo debemos oir a los Dres. Gutiérrez Igaravidez y Pavía Fernández quienes representaron a la Asociación Médica en el "hearing" celebrado ante la Comisión Legislativa de Desempleo y al propio Dr. Segarra a quien he hecho una invitación especial para este acto.

COMITE DE REVISION DE LA FARMACOPEA DE LOS ESTADOS UNIDOS

Nuestro secretario y el secretario de la Asociación Farmacéutica de Puerto Rico recibieron una invitación del Dr. E. Fullerton Cook Ph. M. chairman del Comité Nacional, para formar en Puerto Rico una comisión auxiliar, de igual manera que se ha hecho ya en Cuba y Filipinas. Sugiere el Dr. Cook que ésta comisión auxiliar se componga de 3 o 5 miembros nombrados por los presidentes de ambas asociaciones: la médica y la farmacéutica y que se incluya en ella un representante de la Escuela de Farmacia y otro de la Escuela de Medicina Tropical.

BIBLIOTECA

Del discurso pronunciado por el Dr. Gutiérrez Igaravidez la noche de la inauguración del edificio es éste párrafo:

"De hoy en adelante, esta casa habrá de proporcionar a nuestros asociados la amable tranquilidad del hogar científico, brindándoles en no lejano futuro una completa biblioteca profesional, un gabinete de estudio donde hallarán los instrumentos y aparatos de observación más indispensables, un museo y un servicio de información tan amplio como el intercambio con las asociaciones análogas del exterior nos lo permita." Debido a la generosidad del Dr. González Martínez quien donó su biblioteca completa de más de 1,000 volúmenes, del Dr. Biamón y de los familiares del Dr. Guilliani, nos cupo en suerte el honor de entregar hoy a la Asociación Médica de Puerto Rico una biblioteca a la que solo falta organizar y catalogar para ser la biblioteca profesional más completa en Puerto Rico. Cumplimos ya la primera parte del párrafo a que hemos aludido antes, otros que den cumplimiento al resto.

El costo de estantes y anaqueles fué $125 por mano de obra pagados con fondos del edificio y $98.00 por la madera, pagados con fondos del Boletín.

OTROS ASUNTOS

El doctor Armaiz, presidente del Comité de Beneficencia presentará su informe relativo a conflictos médico-municipales en Ponce, Coamo, Dorado, Manatí, Barceloneta y Yabucoa. El doctor Belaval informará también acerca de las actuaciones en que intervino el comité especial que a petición del alcalde, se envió a Rio Piedras como amicus curiae en el juicio administrativo seguido contra el doctor García Ubarri.

Amigos y compañeros: He terminado mi informe anual, el tercero que os presento que será el último. Soy enemigo abierto del continuismo. Bajo ningún concepto permitiré que mi nombre suene otra vez como candidato a relección. Si accedí el año pasado a aceptar un tercero término, fué debido a la insistencia unánime de ustedes y a que llegué a imaginarme que podría pagar en un año toda la deuda de la asociación y que entregaría este edificio, como lo había soñado al pincipio, libre de gravamen. No ha podido ser. Ahí queda todavía una deuda de $1500. Pero me retiro con la satisfacción del deber cumplido. Hice cuanto pude. No tengo de qué arrepentirme. Llevo un recuerdo de gratitud que no olvidaré, para todos los compañeros que me prestaron su cooperación y ayuda y quedo otra vez como llegué: sin prejuicios, ni odios, para nadie: amigo de todos.

Diciembre 9, 1930.

Dr. R. M. Suárez,
Presidente, Asociación Médica.

Mi estimado amigo:

Como tú sabes el día 2 de este mes presenté mi renuncia con carácter irrevocable como Presidente de la Asociación Médica del Distrito de San Juan y te agradeceré grandemente que dés publicidad en el Boletín de la Asociación Médica correspondiente al mes de diciembre al informe que a continuación te transcribo.

Durante el mes de enero del año en curso fué electa la siguiente directiva:

Presidente........ Dr. O. Costa Mandry
Vice-Presidente.. Dr. E. Garrido Morales
Secretario .... Dr. Oliveras
Tesorero .... Dr. Antonio Reyes
Consejero ..... Dr. Francisco Hernández

Fueron electos miembros de la Cámara de Delegados los siguientes: Dr. R. Bernabe, Dr. Julio Rolenson, Dr. Gutiérrez Igaravidez, Dr. Trilla, Dr. Toro, Dr. Carrión, y el Secretario y Presidente de la Asociación como miembros "ipso facto."

Se nombró durante el año una comisión para encargarse de la colecta de fondos pro Dr. Gómez Brioso consistente en los siguientes miembros: Dr. Fernández García, Dr. Gutiérrez Igaravidez, Dr. Reyes, y Dr. Martínez Rivera.

El programa científico de las actividades de la Asociación durante el presente año te lo incluyo.

Atentamente,

O. G. Costa Mandry, M. D.

ASOCIACION MEDICA DEL DISTRITO DE SAN JUAN

Programa de las reuniones para el Año 1930.

REUNIONES CIENTIFICAS

1.—Feb. 17—Dr. Jordan—Paratyphoid infections.

2.—Mar. 3—Dr. Taliaferro—Skin tests in the Diagnosis of parasitic diseases.

3.—Mar. 31—Conferencia clínica—Dr. M. Díaz García y cuerpo médico de la Clínica Díaz García.

4.—Abril 14—Problema de la Tuberculosis:

El Problema en Puerto Rico—Dr. J. Rodríguez Pastor.

Profilaxis de la Tuberculosis—Dr. P. Gutiérrez Igaravidez.

5.—Mayo 5—Dr. B. K. Ashford—Las Esporotricosis.

6.—Junio 2—Dr. R. M. Suárez—Pulmonía Lobular.

7.—Junio 30—Dr. R. M. Suárez—Herencia y profilaxis del asma. Clínica sobre alimentación infantil.

8.—Agosto 4—Dr. J. Sifre—Edemas nutricionales en Puerto Rico.

9.—Oct. 27—Conferencia clínica—Dr. M. Pavía y cuerpo médico del Hospital municipal.

10.—Nov. 3—Dr. E. B. McKinley—Tropical Climate and Man.

11.—Nov. 10—Dr. P. Gutiérrez Igaravidez—Tuberculosis Hiliar.

12.—Nov. 14—Emile Gyss—Diathermy.

13.—Nov. 24—Dr. Mario Juliá—Impresiones de mi viaje a Viena.

14.—Dic. 1—Conferencia clínica—Dr. Belaval y cuerpo médico del Hospital de Distrito de San Juan.

REUNIONES POPULARES

1.—Abril 21—Dr. V. Gutiérrez Ortíz—El Aspecto Social y Económico de la Tuberculosis en Puerto Rico.

2.—Junio 5—Dr. I. González Martínez—"This Great Peril."—Exhibición de una película sobre el cáncer.

3.—Agosto 18.—Lcdo. Jesús M. Rossy—El concepto moderno médico-legal de la responsabilidad de los actos humanos en el orden penal, así como el estado peligroso en relación con la teoría contemporánea de la defensa social contra el delito.

4.—Nov. 7—Hon. Juan B. Soto—"La delincuencia desde el punto de vista patológico y psicológico."

O. Costa Mandry, M. D.,
Presidente.

A. Oliveras, M. D.,
Secretario.

The Conquest of Yellow-Fever

By

JORGE BIRD, M. D.

For years Yellow-Fever was the scourge of the tropics and, yet, nothing definite was known about the origin of this mysterous disease which, without apparent reason passed from city to city and from country to country striking down people by the hundreds and by the thousands. Havana, Veracruz and Panama were the three great endemic foci on this side of the Equator from which the disease spread to the sub-tropics making its appearance in New-Orleans, Mobile and other southern ports situated along the Gulf Coast.

People were suddenly taken ill, usually in the night hours with a severe chill, followed by a high fever, headache and pain in the back arms and legs. Vomiting was one of the most distressing symptoms as it was often uncontrollable. The face was flushed and the eyes injected and, on the third day of the disease, the conjunctiva of the eyes became jaundiced and albumen appeared in the urine. The patients bled from the nose, gums and stomach. Throughout the disease they maintained a peculiar alertness which according to Dr. Guiteras is due to the terror the disease inspires. The direct relationship between pulse and temperature was reversed. As the temperature rose the pulse dropped down to 60, 50 and even 45 heart beats per minute. At times the temperature became sub-normal and the patients died without fever. After death the yellow tint became more marked all over the body. The mortality was 45, 50 and at times 60 per cent.

It is still an open question whether Yellow-Fever is indigenous to the American Continent or whether it was imported with the slaves that came from the Golf Coast in Africa where the disease is still endemic.

Yellow-Fever has played an important part in the political history of some of the countries situated along the Caribbean Sea. The fact that the island of Puerto Rico is actually American and not Brittish is practically due to an outbreak of Yellow-Fever. In 1598, when Puerto Rico was a Spanish colony Lord Cumberland attacked San Juan, the capital of the island, with a Brittish fleet and succeeded in capturing the city. San Juan remained under Lord Cumberland's rule during five months. Lord Cumberland was just planning to make a Brittish colony out of the island when a frightful epidemic of Yellow-Fever broke out among his troops and he was forced to leave the island.

Haiti owes its independence practically to an epidemic of Yellow-Fever. The Hatians rose in arms against the French just as Napoleon was planning to use Haiti as a base for the colonization and fortification of the territory of Louisiana. Napoleon sent some of his best troops to subdue the country but they met with a stubborn resistance and, when an epidemic of Yellow-Fever broke out among the troops the French were forced to leave the counrty. It was the irony of fate that this defeat of the French at the hands of the blacks came at a time when the allmighty Napoeon was at the peak of his glory in Europe.

In 1867, Yellow-Fever appeared unexpectedly in Fort Jefferson on one of the Dry Tortugas in the Florida Keys. One after the other the soldiers were struck down by this mysterious malady which spread so rapidly from one patient to the other that it seemed as though the whole garrison would be exterminated in the course of a few days. The barrack was partitioned in two and the soldiers were moved to the other side of the Fort. That however, did not stop the disease. With unabated virulence it reappeared in the new quarters and the mortality was so high that in a few days all the officers, including the surgeon, succumbed to the disease. It was fortunate that Dr. Samuel S. Mudd, was able to attend to the sick. The unfortunate Dr. Mudd was imprisoned in the Fort on the charge of being an accomplice in the assassination of President Lincoln, because on that memorable night Booth, the assassin, stopped at his house to have his fractured leg set.

In the island of Puerto Rico one of the epidemics was so severe that His Excellency the Marquis de la Vega Inclán, the Spanish Governor-General of the island, issued a proclamation ordering that all who died of Yellow-Fever should be removed at once to the cemetery by the shortest possible route. But as Yellow-Fever was no respecter of rank or caste, striking down prince and pauper alike, it so happened that shortly after the proclamation became effective the Governor-General himself got sick and died, and, in accordance with the terms of his own proclamation he was immediately removed to the cemetery without any of the ceremonies due his high rank as a Captain General of the Spanish army and Governor-General of the island.

The island of Cuba was subject to great epidemics of Yellow-Fever. In the cemetery of Santiago there is a monument over the tomb of Dr. Antomarchi, Napoleon's physician in Saint Helena, who came to Santiago to practice medicine after the death of the Emperor and died during one of the epidemics of the disease.

Yellow-Fever, with its preference for the unaclimated foreigner was a great ally of the Cuban Revolutionary forces when they were fighting for independence, as the stream of Spanish soldiers sent to the island to quell the uprising of the Cubans, was continually harrased by the disease. In the camps, in the barracks, and in the luxurious quarters of the Generals the dreaded Yellow-Fever was ever present.

In 1898, when the United States went to war with Spain an American expeditionary force landed in Daiquiri near Santiago de Cuba. But the Americans, in their military plans had not counted on climate and disease and, shortly after they landed such a severe epidemic of Yellow-Fever broke out in camp that for a time the situation of the American army was critical.

After the close of the war with Spain, while the island of Cuba was still occupied by the American army, the American authorities directed their attention immediately toward stamping out Yellow-Fever from the island.

Throught the world the medical opinion was divided as to whether Yellow-Fever was a contagious disease or not. Those members of the medical profession who were in favor of the non-contagious nature of the disease held that Yellow-Fever was an air-born disease originated from the decompasition of the organic matter present in the harbors, swamps and riv-

ers of those sea-ports were the disease was endemic. On the other hand, those that held that Yellow-Fever was a contagious disease, pointed to the cargoes of vessels coming from infected ports as one of the agencies through which the disease was transmitted from one country to the other. In fact, the origin of many an epidemic was often attributed to the unpacking of trunks and boxes that contained supposedly infectious material. For this reason when a ship arrived from an infected port the health authorities took extreme precautions and subjected the personal apparel of the passengers to a thorough disinfection.

Havana and its slums were subjected to a thorough cleaning, and the health authorities expected that after this work was done the disease would disappear from the city. But contrary to all expectations it showed no signs of abatement. Even the Head of the Street Cleaning Department of New York City, who came down to superintend the work fell a victim to the disease. The men engaged in the sanitation campaign were perplexed.

A commission was appointed for the study of this disease. The medical men of the U. S. Army composing the Yellow-Fever Commission were Drs. Walter Reed, James Carroll, Jesse W. Lazear and Aristides Agramonte. Since it was found that filth played no part in the causation of Yellow-Fever they decided to give Dr. Finlay's theory a fair trial. It was rather fortunate that General Leonard D. Wood happened to be the military governor of the island at the time for General Wood was originally a surgeon in the United States Army and, as a medical man, he was naturally interested in the suppression of this deadly malady from the island.

Dr. Carlos Finlay was a Cuban physician who had had a long experience with Yellow-Fever and for the last twenty years he had been advocating his novel theory that Yellow-Fever was transmitted only through the bite of mosquitoes that had previously fed on the blood of yellow-fever patients. In fact, as far back as 1881, with the consent of General Ramon Blanco, the Spanish Governor-General of the island, Dr. Finlay conducted several successful inoculations through the bite of infected mosquitoes on some Spanish soldiers who volunteered themselves for the experiment. On August 14, 1881, he read a paper before the Academy of Sciencies of Havana, stating the result of his inoculation experiments.

Dr. Finlay's theory seemed more plausible now that malaria, another tropical disease was proved to be transmitted through the agency of mosquitoes. Dr. Ross, a Brittish entomologist working in India had recently discovered the development of the malarial parasites in the body of mosquitoes. It was no easy thing, however, to test the accuracy of Dr. Finlay's theory as human lives would have to be risked in the solution of this problem. But, fortunately, several American soldiers volunteered themselves for the experiment.

These soldiers went to live in the yellow-fever barracks and, for a number of days, occupied the rooms left vacant by the dead patients. While the rooms were thoroughly screened against mosquitoes, no scrubbing, cleaning or disinfection of any kind was done in these rooms. Moreover, the soldiers used the same bed linen of the dead patients. After living under these conditions for over twelve

days none of the soldiers had contracted the disease. This part of the experiment did away with the old belief that the disease could be transmitted through clothes or articles that came in contact with the sick.

Now came the crucial test. In order to determine whether mosquitoes really acted as the intermediate agents in the transmission of this disease some men must allow themselves to be bitten by mosquitoes that had previously fed on the blood of yellow-fever patients. Besides the soldiers, some of the doctors as well as several Spanish immigrants volunteered themselves for this part of the experiment. Dr. Carroll contracted yellow-fever three days after being bitten but he was fortunate enough to recover. Dr. Lazear was bitten by one of the infected mosquitoes and did not contract the disease. A few days later, however, he was accidentally bitten by another mosquito and contracted the disease in such serious form that he died in convulsions three days later.

By allowing the infected mosquitoes to bite the men at several day's interval it was discovered that it took three or four days for the disease to develop after a person was stung by an infected mosquito. In other words the period of incubation was fixed at about three or four days. Another important point discovered in the course of these human inoculations was the fact that whenever one of these mosquitoes sucked blood from a yellow-fever patient it took about twelve days before the infected mosquito could transmit the disease to a non-immune person. In the cooler winter months it took about eighteen days. That a cool temperature was detrimental to the spread of the disease was proved by the fact that whenever yellow-fever patients were removed to a higher and cooler region where the temperature was not above 60° Fahrenheit the disease was unable to propagate itself even though mosquitoes were present in great numbers.

The Board of Yellow-Fever Experts of the City of Havana confirmed the diagnosis in those cases of experimental inoculation. This Board was composed of Drs. Carlos Finlay, Juan Guiteras, Antonio Dias Albertini and W. C. Gorgas. Dr. Finlay lived to see his theory confirmed and commended the Army Yellow-Fever Board on the throughness with which they conducted the experiments.

Since it was proven beyond any doubt that the disease was transmitted only through the agency of mosquitoes of the Stegomya variety the attention of the men engaged in the sanitation campaign was now focused on this insect. This time the physicians had to play the role of naturalists. They had to study the life history, habits and peculiarities of this insect. The Stegomya mosquito prefers the shelter of a house to the life in the jungle this being the reason why Yellow-Fever is a domicialiary infection; the disease is caught inside the houses. A close observation of their habits disclosed the fact that they prefer to lay their eggs on the clean stagnant water of cisterns or reservoirs used for drinking purposes. The eggs had to go through the stages of larva, puppa and imago before they developed into the adult mosquito. The male mosquitos are harmless; it is only the female of the species that bites. The fact that blood is necessary for the fertilization of their eggs and the preservation of the species makes these naturally voracious after this tissue.

A few years later when the United

States decided to build the Panama Canal the Americans were confronted again with the necessity of fighting Yellow-Fever. The fact that the French had lost 26,000 men mainly from this malady while attempting to build the canal was a source of serious concern to the Amercan authorities.

President Roosevelt who was heart and soul of this huge enterprise announced publicaly that he would look about for a man specially qualified whom he could entrust with the hard task of turning the Isthmus of Panama into a healthy place. He found the man in the person of Col. W. C. Gorgas, of the U. S. Army Medical Corps, who had already succeeded in doing this kind of work in Havana.

But the task of turning Panama into a healthy place was beset with great difficulties. As the work in the canal progressed and the land was flooded in many places it furnished ideal conditions for the development of mosquitoes which are the natural agencies through which the disease was transmitted. Foreigners fell an easy prey to the disease and every time some high official died it caused a stampede. Some employees became so alarmed that they left the Isthmus on the first outbound steamer for the United United.

Dr. Gorgas went ahead calmly and courageously with his work for he was confident he could controll the troublesome diseases on the Isthmus. The Americans had the advantage over the French in that they undertook to build the canal with a full knowledge of the mechanism of the transmission of both malaria and Yellow-Fever. The French, on the other hand, attempted to build the canal at a time when most tropical diseases, specially malaria and Yellow-Fever were supposed to be air-born diseases.

The Americans screened their hospitals so as to prevent mosquitoes from biting the sick men. The French, on the other hand, closed the windows of their hospitals in an attempt to shut out the air, specially the night air coming from the jungle and from the swamps which was supposed to be the cause of these diseases. Moreover, the legs of the beds were kept in bowls full of water in order to prevent the ants from crawling up the beds of the sick. As all these receptacles were excellent breeding places for the development of the Yellow-Fever mosquito the cycle for the transmission of the disease was complete.

In their fight against Yellow-Fever the Americans did the work systematically. Every man that came down with Yellow-Fever was immediately transferred to the Yellow-Fever wards. These wards were so thoroughly screened that there was not the slightest possibility of mosquitoes coming in contact with the sick men.

The men engaged in the control of Yellow-Fever were helped by a peculiarity of the disease. The Yellow-Fever patients either got well or died in the course of a few days. There was no chronic stage of the disease like in malaria, when a man may harbor the parasites indefinitely in his blood and be a constant menace to the community. Moreover, the Yellow-Fever patient is only infectious during the first three or four days of the disease. After this time the germs disappear from the peripheral circulation and mosquitoes can no longer become infected even if they do succeed in biting the sick man.

Not only the hospitals for the sick but the houses for the employees were

thoroughly screened as well. A relentless war was waged constantly against mosquitoes. Buildings were fumigated often and, as the spider is the natural enemy of mosquitoes, the spider's web was always saved during the cleaning and fumigation of buildings. When ever possible all swampy land was drained and kerosine oil was sprayed over all stagnant water. After every shower squads of Jamaica negroes went out to spray oil on all places where the water gathered as rain water is very favourable for the development of the Stegomya mosquito.

Unfortunatedly, while the men in Panama were doing their utmost to hold Yellow-Fever under controll the disease skipped over to New-Orleans. Since the incubation period of the disease is only three or four days it probably originated from some one who got inoculated shortly before leaving the Isthmus.

When a Yellow-Fever case is imported the subsequent cases can not appear until about fifteen or sixteen days later, for it takes at least telve days before mosquitoes can transmit the disease after biting a sick person and three or four days for the unfortunate person stung by the infected mosquito to come down with the disease. The first imported case is usually overlooked unless discovered on board a ship coming from an infected port, for Yellow-Fever being an epidemic disease one case alone, having symtoms similar to hose of Yellow-Fever, discovered in a clean territory would hardly justify a physician in making a diagnosis. Moreover, as there is no laboratory test whereby Yellow-Fever can be identified from other diseases the diagnosis must be made clinically. There is, of course, the albumen test which taken along with other symptoms is practically a specific test but we must bear in mind that it is about the third day of the disease that albumen appears in the urine and that many patients have suppression of urine by that time.

Within a few days of its appearance in New-Orleans several prominent people including the Catholic Bishop were counted among its victims. In order to prevent the development of mosquitoes kerosine oil was poured on the water in the reservoirs. As mosquito larvae must rise continually to the surface for the purpose of breathing their respiratory apparatus was clogged by the oil which spread as a thin layer over the surface of the water and they died from asphyxia. The disease got gradually under better controll until it finally disappeared.

In 1909, Yellow-Fever appeared unexpectedly in Havana. The discovery of Yellow-Fever cases in the city came as a shock to the health authorities who had come to believe that Yellow-Fever had disappeared from the island forever.

In 1915, Major Deutcher, senior medical officer of the Infantry Regiment stationed in San Juan, Puerto-Rico, reported several cases of Yellow-Fever among the soldiers. Col. Burnham, the Commanding Officer of the Regiment called on acting Governor Travieso in order to inform him of the presence of Yellow-Fever in San Juan and requested that a campaing against mosquitoes be started immediately. Governor Travieso answered Col. Burnham that he would ask Dr. W. W. King of the U. S. Public Health Service, to look over the cases and in the event the diagnosis was confirmed he would see that the campaign against mosquitoes be started immediately. Dr. King examined the cases and did not

agree with Major Deutcher on the diagnosis of Yellow-Fever. Major Deutcher insisted, nevertheless, that the men under his care were sick with Yellow-Fever. The presence of Yellow-Fever in San Juan was cabled to Washington and Surgeon General Gorgas of the U. S. Army, and Dr. Rucker, Assistant Surgeon General of the U. S. Public Health Service, were on their way to San Juan. Dr. Mario G. Lebredo, Yellow-Fever expert from Havana was sent to San Juan by the Cuban Government. The Cuban and the Washington authorities regarded this epidemic with great curiosity as there was no Yellow-Fever in Cuba, Haití, Santo Domingo or any other neighbouring island from which the disease could be imported. For this reason if the presence of Yellow-Fever in San Juan was confirmed it would shake down the foundation on which the controll and extermination of the disease rested. The Yellow-Fever experts felt greatly relieved, therefore, when on their arrival in San Juan they discovered that the sick soldiers were suffering from Dengue instead of Yellow-Fever.

There were many physicians of high standing in San Juan who had had a long experience with Yellow - Fever as Drs. Tomás Vázquez and José A. Vázquez, graduates from the University of Paris, France; Agustin Stahl and Guillermo Curbelo, from the University of Berlin, Germany; Jose E. Saldaña from the University of Brussels, Belgium; Pedro G. del Valle, from Ann Arbor, Mich.; and Cayetano Coll y Toste from Barcelona, Spain who had written a book on the disease. Even though these men were not called in to see the cases they never took the epidemic seriously as only native soldiers were reported sick and no fatal cases were registered in an epidemic disease characterized for its preference for the foreigner and for its high death rate. An incident of this kind, though not as spectacular as the one in San Juan, had already occured in San Antonio, Texas, when the medical opinion was divideded as to whether Dengue or Yellow-Fever was present in the city.

Dr. Hideyo Noguchi, the renowned Japanese pathologist connected with the Rockefeller Institute in New York, devoted a great deal of time to the study of Yellow-Fever and while working in Guayaquil, Equador, where the disease is endemic, discovered a microorganism which he called the leptospira icteroides and which he claimed was the germ responsible for the disease. Once the causative agent of the disease was discovered Dr. Noguchi prepared a vaccine and a serum and left for the Gold Coast where the disease is endemic also. The medical profession was shocked to learn of Dr. Noguchi's death who contracted the disease while testing the specificity of his preparations.

Before I close this article I wish to sound a warning. After Yellow-Fever was stamped out from Havana and Panama, the two great endemic foci on this side of the Equator, the disease showed a tendency to disappear altogether but, with the inauguration of the aereoplane service all the way down South-America, all tropical countries along the Caribbean Sea must be on the alert for a possible outbreak of Yellow-Fever. As the incubation period of the disease is from two to six days an infected person could board one of the aeroplanes in Brazil, the great endemic zone on the other side of the Equator, and land three days later in San Juan, Puerto Rico,

still in good health. On the following day after his arrival he would come down with the disease and, as the typical symptoms do not appear until the second or third day there is ample time for mosquitoes to become infected and spread the disease throughout the city. As the speed of the aereoplanes increases and, the distance from the endemic foci is shortened, the possibility of getting Yellow-Fever into San Juan is obvious and for this reason the Stegomya index must be kept as low as possible in San Juan and Santurce.

Santurce, P. R.
December 1, 1930.

La Urodografía Endovenosa por el Uroselectan

Por el

DR. E. GARCIA CABRERA

Urodólogo de los Hospitales Municipales de San Juan, Urodólogo Consultor, Escuela de Medicina Tropical, Universidad de P. R., San Juan, Puerto Rico.

Deseando contribuir al estudio de la urodografía que por medio de la inyección intravenosa de determinadas substancias opacas se viene haciendo, presento este informe del estudio hecho en mi Servicio de Urodología en los Hospitales Municipales de San Juan y en mi práctica privada.

Antes de presentar mi técnica y los resultados obtenidos en el estudio que he hecho, deseo citar algunos datos históricos sobre la urodografía en general y los últimos estudios y resultados obtenidos con la urodografía endovenosa por el uroselectan.

Los primeros ensayos dirigidos hacia el estudio del aparato urinario, introduciendo en él medios opacos a los rayos roentgen, fueron hechos por Tuffier en 1897 (1) quien inició el uso del cateter ureteral opaco combinado con la radiografía. En 1901 Schmit y Kolischer (2) presentaron una serie de radiogramas obtenidos por medio de un alambre situado dentro de un cateter que introducían hasta la pelvis renal. En este mismo año Loewemhart (3) describió su procedimiento mas o menos similar al anterior y que fué seguido por el notable trabajo de Von Illés en 1902 (4). Pero fué cuando Ferwick (5) en 1905 presentó las bujías ureterales cuyas paredes estaban saturadas de metal opaco a los rayos X, que se verificó un verdadero paso de avance en la urodografía.

Estos ensayos, prácticos en todos sentidos, constituyeron la base para el uso de medios líquidos opacos a los rayos X. Para entonces, en 1904, Klose, (6) quien venía usando el bismuto en sus estudios radiográficos del sistema digestivo, propuso la inyección de esta sal en emulsión, como medio para obtener radiogramas del árbol urinario. Este fué un método prontamente abandonado debido a la dificultad con que era evacuada la emulsión por la pelvis renal.

Fué en febrero de 1906 cuando Voelcker y von Lichtenberg (7) usaron por primera vez las sales coloidades de plata en urodografía. Mientras estos autores hacían uso de una solución de colargol tratando de hacer un estudio radiográfico de la vejiga, la solución se introdujo a través del meato ureteral y ascendiendo por el ureter llegó hasta la pelvis renal, presentando la radiografía impresionada la sombra urétero-pélvica. Este descubrimiento constituye indudablemente la nota de mayor valor en el progreso del estudio radiográfico del sistema urinario. Von Lichtenberg usó soluciones al 5% de plata coloidal con las que obtuvo magníficos pielogramas que dieron gran valor y fueron de reconocida utilidad para el diagnóstico de la patología renal.

Otras formas de las sales de plata fueron usadas por distintos autores. Keyes (8) usó el Argirol al 50%. Uhle y Pfahler (9) usaron el cargentus. En 1913 Doderlein y Kroing (10) usaron el zeroformo al 20% en aceite de oliva. Burk-

hart y Polano (11) en 1907 y Von Lichtenberg y Dietlen (12) en 1911 recomendaron el uso del oxígeno en urodografía, pero este procedimiento no recibió mucha atención debido a las dificultades técnicas y radiológicas fáciles de comprender. Kelly y Lewis (13) usaron el yoduro de plata reclamando para esta sal grandes ventajas sobre los efectos perjudiciales de la plata coloidal.

Durante cuatro o cinco años se usaron las diferentes sales de plata propuestas para el estudio radiográfico del árbol urinario, continuando, sin embargo, los investigadores sus esfuerzos y estudios en busca de un medio opaco que ofreciera mayores ventajas sin los peligros e inconvenientes de los argenticos. Estas investigaciones fueron coronadas en 1915 por el trabajo de Burns (14, 15, y 16) con el nitrato de torio, marcando otra nueva época en urodografía, la cual recibió, con este nuevo agente opaco, un verdadero y real impulso en su significado diagnóstico de la patología del árbol urinario. En mayo 1918 Cameron (17, 18, y 19) propuso el uso del yoduro de sodio en solución al 25% y Weld (20) en octubre del mismo año propuso el uso del bromuro de sodio. Después de detenidas investigaciones y trabajos experimentales, el yoduro de sodio fué aceptado definitivamente y usado en urodografía por ser no tóxico, no irritante usado en debida forma y poseer la propiedad de no precipitarse en las orinas y ser su reacción neutral.

Otro método de estudio urodográfico fué presentado por Carrelli y Soldella en 1921 y el cual consiste en la inyección de aire en el tejido peri-renal como medio de contraste.

Desde que Camerón introdujo el yoduro de sodio, en marzo 1918, hasta hoy, todo el trabajo y estudios urodográficos se venían haciendo con dicha sal en solución al 12.5%. Algunos autores usan mayores concentraciones. Yo acostumbro usar una solución al 20% de yoduro de sodio, pudiendo así inyectar menos cantidad y obtener, al diluirse esta con la orina en la pelvis y cálices renales, sombras inmejorables. Así evito los accidentes desagradables y a veces graves que fácilmente se producen usando grandes cantidades de la solución que determinan sombras radiográficas renales interpretadas como fenómenos patológicos, cuando ello solo es el resultado del trauma, o dilatación de los cálices y pelvis, producida por la presión ejercida al ser introducida en dichas cavidades una indebida cantidad de líquido.

Los primeros ensayos sobre roentgenografía urinaria por la inyección de medio opaco introducido por la vía endovenosa fueron hechos por Osborne, Sutherland, Scholl y Rowentree (21) de la Fundación Mayo quienes usaron una solución de yoduro de sodio al 10%. La técnica consistía en la inyección intravenosa de 15 20 gramos de una solución de yoduro de sodio al 10% seguida esta inyección de una serie de radiografías del riñón, uréteres y vejiga tomadas en distintos tiempos después de practicada la inyección. "Los resultados, aunque no uniformes, según los autores, ofrecen grandes y numerosas probabilidades en el campo de la investigación, no solamente en lo relacionado con el trayecto urinario sino también con otros sistemas, órganos y tejidos. Estamos seguros, decían los autores, que esta investigación ha de servir de base a otros campos de experimentación. Este método nos ofrece la posibilidad de un estudio fisiológico de la vejiga y será de gran ayuda en el diagnóstico de muchas



Fig. 1, Esteban R., varón, blanco de 27 años Ureteritis inflamatoria del segmento inferior, lado derecho, por espermatocistitis aguda. A las cuatro horas de practicada la inyección de Uroselectan la pelvis y ureter permanecen aun llenos.



Fig. 2, Inés G. de B., hembra, casada sin hijos, blanca de 32 años. Pielonefritis crónica del lado derecho. Pielectasia por ureteritis crónica. Ureter estenosado en varios sitios. Historia de anexitis bilateral

condiciones patológicas de este viscus. En cuanto a los riñones, continúan los citados autores, el resultado ha sido solamente parcial. Nos será de alguna ayuda y servicio en determinar el tamaño, forma y posición de los riñones."

Volkmann (22) en 1923 y separadamente de Osborne, et al, presentó algunos casos en los que había usado compuestos yodados por la vía endovenosa como medio de exploración radiográfica del aparato urinario. En 1927 Lenarduzzi y Pecco (23) siguiendo las indicaciones de Osborne, en cuanto a la sal usada, o sea el yoduro de sodio, obtuvieron muy buenos roentgenogramas de los riñones y uréteres en perros previa ligadura del ureter en su extremidad distal.

En el congreso de Urodología celebrado en Berlín en 1928 Krynpschak y más tarde, en 1929, en un trabajo publicado (24) informó el resultado de sus trabajos en urodografía endovenosa obtenidos con una serie de compuesto de yodo y bromo usados en animales y en una pacienta. Sus resultados, aunque no definitivos, ni de positivo valor clínico, iniciaban grandes esperanzas en las posibilidades del método.

Ante el congreso de Urodología celebrado en Munich en 1929 Ziegler y Kohler (25) presentaron un informe sobre radiografías reno-ureterales obtenidas mediante el uso oral de una solución en leche, de 10 gramos de yoduro de sodio y 10 gramos de urea, usado para obtener sus roentgenogramas, un aparato especial con el cual hacían presión a través del abdomen sobre la articulación sacro-iliaca, obteniendo, de esta manera, la retención del medio opaco en la pelvis y ureteres y consiguiendo, con dicho procedimiento, sombras bastante definidas en las placas.

El trabajo de Osborne et al, fué sin duda el inicial en la posibilidad de urodografía endovenosa. Siguiendo su técnica desde 1923 había yo hecho con la cooperación del notable radiólogo Dr. M. Soto Rivera algunos estudios urodográficos inyectando yoduro por la vía endovenosa.

El estudio roentgenológico del aparato urinario, sin el estudio de la eliminación urinaria, se mantenía incompleto a pesar de nuestros muchos medios de investigación, por no disponer de un elemento que inyectado por la vía venosa o administrado por la vía gástrica se eliminara preferentemente por el riñón y se pudiera observar y estudiar su paso por el mismo.

El descubrimiento de la colecistografía por Graham estimuló las investigaciones en búsqueda de un compuesto yodado de eliminación renal en tal intensidad, que su concentración al atravesar el riñón y ocupar las cavidades de los cálices, pelvis renales, ureteres y vejiga, fuera tal que permitiera la impresión radiográfica de esos órganos.

En Septiembre 28, 1928 el Dr. A. Roseno (26) fué el primero en presentar, ante el Congreso de Urodología en Berlín, un trabajo sobre la Pielografía Intravenosa. Roseno y Jepkins usaron por primera vez un compuesto de yoduro de sodio y urea o yoduro de urea el cual denominaron Pielognost y el que contenía 52% de yodo. Su administración, teniendo que ser hecha a grandes dosis para obtener resultados positivos, hacía del Pielognost una substancia demasiado tóxica, por lo cual no recibió una aplicación clínica suficiente. Roseno sin embargo hizo varias observaciones de positivo valor en la fisiología de los bacinetes renales y ureteres.

La técnica presentada por Roseno, según Heuser (27) era la siguiente: preparación del enfermo previo purgante y ene-

ma y dieta 24 horas antes de la inyección. La inyección se practicaba en ayunas. En dos buretas previamente esterilizadas y unidas con un tubo de goma en Y y este, a una aguja se practicaba la inyección. La solución de Pielognost consistía en disolver 63 gramos del yoduro de urea en 300 gramos de agua. Esta solución era colocada en una de las buretas. En la otra bureta se colocaban 300 gramos de suero fisiológico esterilizado. Se practica la inyección con la seguridad de estarla introduciendo en la vena para evitar escaras muy dolorosas que se producirían si se inyectase la solución en los tejidos. La introducción de la solución en la vena producía al enfermo sensación de ardor y dolor en la vena. Si esto sucedía se dejaba pasar un poco del suero fisiológico. Durante la inyección de la solución de Pielognost el paciente acusaba, con frecuencia sensación de sequedad en la boca, constricción de la garganta y a veces marcada opresión. Estos fenómenos se detenían suspendiendo la inyección del Pielognost e inyectando suero fisiológico cuyo paso se controlaba con una llave colocada en la Y. Para introducir los 300 gramos de la solución de yoduro de urea debía emplearse por lo menos una hora, terminada la cual se dejaban pasar 60 u 80 cc. de suero fisiológico para arrastrar la solución de Pielognost en la vena y evitar la acción caústica del yodo. Se practicaban radiografías a la hora, hora y media, dos, tres y cuatro horas subsiguientes a la inyección.

Hasta aquí la técnica primitiva con el Pielognost. Las reacciones sistémicas, aunque no grandes, fueron desagradables en muchos casos, lo cual opuso cierta dificultad al procedimiento.

El Pielognost o yoduro de urea, fué el primer producto usado con eficiencia radiográfica en urodografía intravenosa, e ignorado por algunos urodólogos hasta la aparición del uroselectan elaborado en 1929 por el Profesor A. Binz, de Berlín y presentado ante el Congreso de Radiología de Munich por M. Swick en abril de 1929. (28 y 29)

Uno de los principales temas del último Congreso de Urodología celebrado en Berlín del 24 al 27 de abril de 1930 fué la inyección intravenosa opaca como medio de estudio del aparato urinario.

Subsiguientemente la urodgorafía endovenosa ha sido estudiada por numerosos urodólogos y radiólogos enriqueciéndose su literatura grandemente (30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37.)

Los adelantos y pasos de avance de la Ciencia están basados sobre hipótesis especulativas yel grano de verdad que puedan ellos encerrar queda aceptado o desaprobado después de muchos desengaños y trabajos sin igual. Los resultados finales de la urodografía endovenosa, según mi opinión, no han podido ser expuestos hasta ahora y sus indicaciones sean ellas para diagnóstico o para tratamiento no han podido aún pasar de un período experimental. Verdad que podemos diagnosticar muchas condiciones renales, pélvicas, ureterales, etc., con el uroselectan, sin someter al paciente a los inconvenientes de la cistoscopía, pero soy de opinión que no podemos ni debemos tratar de substituir un método por el otro. Nunca podrá arrojar la urodografía endovenosa los preciosos y exactos datos de una cistoscopía con el uso apropiado de la sonda ureteral y la inyección de un medio opaco, sea yoduro de sodio, o uroselectan al 15%, a las pelvices renales. Una cateterización bien hecha, sabiendo apreciar todos los datos que la misma es capaz de proporcionar al uro-



Fig. 3, José V., varón, blanco de 37 años. Pieloureteritis derecha consecutiva a obstrucción inflamatoria por espermatoscistitis aguda.



Fig. 4, Carlos O., varón, blanco de 33 años (Santo Domingo). **Riñón solitario** (ausencia congénita del riñón izquierdo). La cistouretroscopía demostró la ausencia del meato ureteral izquierdo. La investigación por el uroselectan fué repetida con el mismo resultado. Imposible la palpación del riñón izquierdo.

dólogo advertido, constituye un procedimiento insustituible en la práctica urológica. La urodografía endovenosa tiene su valor en aquellos casos en los cuales se dificulta, por algún motivo, el uso del cistoscopio, o tiene alguna contra indicación la cateterización ureteral. Su principal indicación sería pues, en aquellos casos de ureteres estenosados o obstruídos por un cálculo en los cuales no fuere posible la introducción del cateter ureteral. En casos de grandes hematurias estará también indicada la urodografia endovenosa pero nunca en substitución a la cistoscopía, que es el único medio de localizar la hemorragia. En casos de estrechezes uretrales complicados con algún grado de uremia, podríamos hacer mejor uso del uroselectan que de ningún otro medio. En casos de anormalidades renales, ureterales o vesicales el uroselectan, por la vía endavenosa, nos dará cuadros más completos y nos guiará a subsiguientes investigaciones, mejor que el método cistoscópico. En casos sospechados de tuberculosis renal o vesical, no debemos jamás substituir el cistoscopio y el cateter ureteral por la urodografia endovenosa. Los datos proporcionados por el método cistoscópico jamás los podrá dar el uroselectan y sobre todo, jamás tendrá este último, el valor definitivo en la indicación quirúrgica del caso. El uroselectan está muy indicado en casos de cistitis aguda y de trayectos fistulosos urinarios. En mujeres con procesos inflamatorios de los anejos así como en algunos casos de hipertrofias prostáticas, la urodografía endovenosa prestará mejores servicios que el método cistoscópico.

La urodografía endovenosa es en los niños un factor en la exploración renoureteral del cual carecíamos y el que ha venido ha facilitarnos la solución de muchos problemas de patología urinaria en la infancia que no nos era dado fácilmente resolver por el método cistoscópico. La inyección de uroselectan, careciendo de reacción sistémica alguna, y no teniendo su administración resultados posteriores que temer nos es de mucha utilidad en la práctica de nuestra especialidad en los niños. Ella puede ser administrada en dosis apropiada en cualesquiera edad.

Técnica de la Urodografía Endovenosa por el Uroselectan.—La técnica que he empleado en mis casos estudiados detenidamente tiene algunas diferencias con la originalmente indicada por Swick y por von Lichtenberg.

Preparación del paciente. — Someto el paciente a una dieta antifermentativa, sin azúcares, harinas etc. y se le administran alcalinos durante 48 horas antes de la inyección del uroselectan. Laxante de aceite 24 horas antes de la inyección. Por 12 o 14 horas antes de la inyección el paciente no tomará líquido alguno. Hago practicar una enema simple 3 horas antes de la inyección. La inyección se practicará en ayunas, lo más temprano posible, para poder así disponer de tiempo suficiente durante el día para hacer un estudio completo. Practico la inyección con el paciente ya acostado en la mesa radiográfica.

Técnica de la inyección.—En una medida graduada en c.c. se ponen 100 cc. de agua destilada y estirelizada. Se va echando el uroselectan poco a poco en el agua agitando esta con una varilla de cristal a medida que se va agregando la droga hasta disolver de esta manera los 40 gramos de uroselectan contenidos en el envase original. Una vez disuelto el uroselectan, filtro la solución a través de varias capas de gaza estéril usando un

embudito de cristal. La solución ya filtrada en un frasco Erlenmeyer de 200 cc. de capacidad, el cual ha sido esterilizado previamente en una solución alcalina de bicarboato de sodio, se practica la esterilización al baño-maría durante 15 minutos contando desde luego desde el momento en que rompe a hervir el agua del baño-maría. Se deja enfriar la solución.

Para hacer la inyección empleo un tubo o bureta de 200 cc. de capacidad de los que usábamos para la administración del antiguo salvasan. Uso un tubo de goma delgado de 18 o 20 pulgadas de longitud el cual hago hervir previamente en una solución alcalina y luego en agua estéril. Uso una aguja calibre 23. Colocando el tubo a 12 o 14 pulgadas por sobre el nivel de la vena en que se está practicando la inyección la solución de uroselectan entra lentamente y toma de 12 a 15 minutos para pasar los 85 o 90 gramos que han quedado después de haberse practicado la esterilización al baño-maría.

Hacemos impresionar la primera placa tan pronto terminamos la inyección. Para ello tenemos todo listo para que sea tomada la radiografía tan pronto retiramos la aguja de la vena. Las subsiguientes placas se toman en los tiempos que explicaremos en la técnica radiográfica.

Técnica Radiográfica: — Como queda expuesto anteriormente nuestra primera placa se impresiona inmediatamente al terminar de inyectar en la vena el total de la solución conteniendo los 40 gramos de uroselectan.

El paciente acostado de espaldas sobre el diafragma Potter-Bucky, usamos placas 14 x 17 y compresión abdominal con el cojín de aire.

Las placas subsiguientes con la misma técnica las hago impresionar en el siguiente orden:

Segunda Placa: diez minutos después de la primera.

Tercera Placa: quince minutos después de la segunda.

Cuarta Placa: media hora después de la tercera.

Quinta Placa: una hora después de la cuarta.

Sexta Placa: dos horas después de la quinta.

Séptima Placa: cuatro horas después de la sexta.

Las últimas dos placas se impresionan en casos necesarios, bien cuando no habíamos podido hacer buenas observaciones con las placas anteriores o la eliminación renal o vaciamiento pélvico no se efectuaba debidamente. En casos que considerábamos necesario impresionábamos placas a las seis, ocho o diez horas después de practicar la inyección.

Valor Funcional y Dinámico del Método:—Como prueba funcional del trabajo renal, el uroselectan, a pesar de las notables contribuciones sobre el particular hechas por Swick (38), no llena los requisitos necesarios de absoluta seguridad que exije la cirujía renal.

El tiempo que tarda en aparecer la sombra desde que se dá comienzo a la administración de la droga, la densidad o densidades de la sombra en relación con el factor tiempo durante las observaciones radiográficas que se hagan, así como la desaparición más o menos rápida de dichas sombras radiográficas, son factores que solo dan una idea parcial y muy rudimentaria e incompleta de la condición funcional del riñón.

La determinación de la cantidad de uroselectan eliminada durante distintos períodos de tiempo mientras se efectúa el estudio roentgenológico constituye

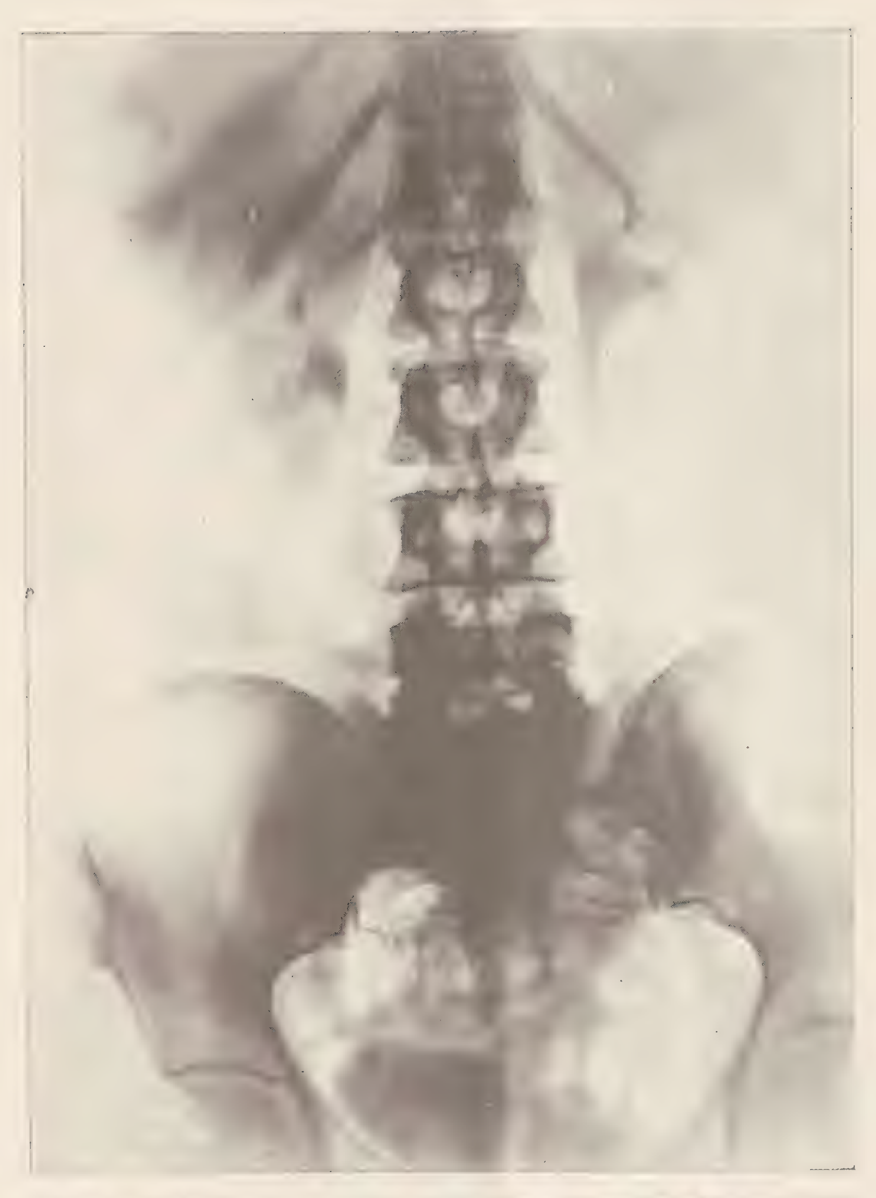


Fig. 5, María M., blanca, casada de 44 años. Tuberculosis bilateral. Posteriormente la cateterización ureteral e inoculaciones confirman el diagnóstico.



Fig. 6, Adelina A. de O., negra casada de 46 años. Pienefrosis avanzada.

otro método iniciado con el uroselectan para el estudio funcional del riñón.

Los trabajos sobre el valor del uroselectan como prueba de funcionamiento renal no son aún concluyentes. La droga se obtiene de la orina precipitándola con un ácido mineral diluido, preferentemente con HCL o H_2SO_4, obteniéndolo así en su forma ácida insoluble. Por medio de decantación, filtración y disecación apropiados se consigue aproximadamente y dentro de las subsiguientes 8 a 12 horas después de inyectada la droga de un 80 a 90% de la cantidad de uroselectan inyectado. En algunos casos se ha llegado a recuperar cerca de un 95% de la cantidad de uroselectan administrada (Swick).

Estos hechos, ciertos como aparecen ser, tienen solamente un valor relativo, cuando tienen que ser aplicados y queremos hacer uso de ellos en casos de patología renal, en donde la intervención directa al órgano está en cuestión. Si es cierto que la cantidad de uroselectan obtenida en la orina nos puede dar el valor funcional de ambos riñones o sea el valor funcional total, ello nos deja, sin embargo, completamente ignorantes del valor funcional individual de cada riñón. Y, aún pudiendo obtener por el promedio el valor funcional de un riñón, la cifra de eliminación del otro riñón no tendrá valor alguno con relación a nuestra intervención quirúrgica mientras exista el menor obstáculo que obstruya el drenaje de ese riñón y esté causando una retensión de la droga en los calices, bacinetes o en el ureter. La droga habrá o no habrá atravesado el parenquima renal. Si la atravesó está detenida por el obstáculo, en la pelvis y ureter por sobre el obstáculo, y nuestra cifra de eliminación, según la cantidad del uroselectan obtenida en la orina, aparecerá mala cuando en realidad no lo es. Si el parenquima lesionado no eliminó suficiente droga, la sombra obtenida en el roentgenograma será pobre. Ni la densidad de esta sombra, ni la cantidad de droga eliminada al exterior, podrán considerarse, científicamente, como pruebas concluyentes para justificar una intervención radical.

Me parece que, como una prueba funcional de eliminación renal, desde el punto de vista médico, la determinación de uroselectan en la orina podrá tener un valor que quizás estudios subsiguientes y mayores esperiencias clínicas puedan darle. Pero como prueba funcional, desde el campo quirúrgico, no substituye, por ahora a las ya establecidas y reconocidas.

La determinación de la eliminación de la cantidad de yodo contenido en el uroselectan constituye otra prueba de función renal. El uroselectan contiene 42% de yodo. De este yodo inyectado(como 17 gramos por inyección de 40 gramos de uroselectan) el 90% se elimina en las dos primeras horas después de practicada al inyección. En casos de buen funcionamiento renal se recobran, según von Lichtenberg, de 14 a 16 gramos del yodo contenido en los 40 gramos de uroselectan ,durante las 10 horas subsiguientes a la inyección.

Otro método indicado y usable como prueba de la eficiencia renal lo constituye la determinación de la densidad de la orina emitida en varios períodos de tiempo durante el estudio.

Nosotros hacemos orinar a nuestro paciente que investigamos, cada vez que se le va a impresionar una placa radiográfica, y juntamos las orinas en cantidades eliminadas por hora. De esta manera determinamos la densidad de la orina eliminada durante cada hora contando des-

de el momento en que se dió comienzo a la inyección intravenosa del uroselectan.

Considero esta prueba de la determinación de la gravedad específica de la orina muy superior como prueba funcional global, a los datos que puedan deducirse, en cuanto a función, de la densidad o densidades de las sombras radiográficas. Ella puede ser comparada, según mi entender, en su valor, como prueba funcional, a cualesquiera de las otras pruebas de concentración que rutinariamente usamos.

La densidad, en mi serie de casos, subió hasta 1050 durante la primera hora de eliminación para luego ir bajando proporcionalmente, con el tiempo, hasta 1030 ó 1025 a las cuatro o cinco horas de hecha la inyección.

La concentración o aumento en la densidad o sea la presencia de determinada cantidad de uroselectan en la orina, continúa aún después de haberse efectuado la mayor concentración en la eliminación de yodo en la orina (von Lichtenberg).

El momento para impresionar nuestras mejores placas sería, pues, aquel de más alta densidad urinaria.

Bien es verdad, sin embargo, que la densidad solamente nos dá el valor funcional de ambos riñones y nunca el de cada uno por separado.

De las observaciones en los casos estudiados por mí he llegado a la conclusión que la densidad o densidades de las sombras radiográficas tienen muy escaso valor en cuanto a la función renal. Doy mucho más valor al tiempo que tarda en manifestarse la sombra, y por eso hago tomar mis primeras tres placas con 15 minutos de intervalo desde que termino de inyectar la solución de uroselectan.

He podido observar que el uroselectan se elimina con bastante facilidad por el riñón, aun estando este enfermo y siendo su valor funcional bajo. He comprobado varios casos en los cuales el uroselectan había sido eliminado todo, de las dos horas y media a tres horas después de inyectado a pesar de tener el paciente una lesión seria de eliminación en su función renal, la cual fué determinada por exámenes químicos de sangre y la prueba de fenolftaleina.

La presencia del uroselectan en la sangre ha sido estudiada por Tourené y Damm quienes determinaron, que la cantidad de sal presente en la sangre sube durante las dos primeras horas siguientes a la inyección para después decrecer hasta desaparecer a las cuatro horas, en casos de eliminación normal. Un residuo de uroselectan en la sangre, cuatro horas después de practicada la inyección, y valorada dicha cantidad con otros factores, podría considerarse, según dichos autores, como una prueba de retención.

Estos mismos autores han estudiado la presencia del uroselectan en varios tejidos del organismo llegando a la conclusión que la droga se distribuye por todo el sistema, siendo el riñón, desde luego, su principal puerta de salida, siguiéndolo, el hígado. La piel actúa como un depósito de retensión donde se acumularía la droga en casos de mala eliminación. Su indicación está, pues, contra-indicada en casos de lesiones serias renales o hepáticas.

Experiencias llevadas a cabo con conejos a los cuales se les había ligado las arterias renales administrándoles dosis no tóxicas de uroselectan, demostraron que la droga produce una destrucción de los capilares habiéndoseles encontrado una intensa congestión en las superficies serosas con transudados en los cuales se demostró la presencia del uroselectan.



Fig. 7, Nefroureterograma del mismo caso (fig. 6) tomado seis horas después.



Fig. 8, Arcadio G., mulato de 29 años. Obstrucción urtérica comprobada por cateterización.

Finalmente, se ha estudiado el mecanismo de la eliminación del uroselectan por el propio riñón.

Hughes y Schaffhauser bajo la dirección del profesor Péterfi (39) usaron el riñón de la rana para esta experiencia. Produciendo la punción glomerular e inyectando uroselectan en una vena, los autores determinan la cantidad de la droga eliminada a través del glomerulo perforado haciendo uso de los métodos microcuantitativos. Hughes y Schaffhauser inyectan 20 centigramos de uroselectan a una rana de 40 gramos de peso. Esto sería 90 veces la cantidad que se le inyectaría a un hombre de 70 kilogramos de peso. En la rana se demostro que el líquido obtenido a través del glomerulo puncionando contenía tres gamma o sea 0.000003 gramos de yodo. Esta cifra equivale a 7 gammas o sea 0.000007 gramos de uroselectan. Existiendo 4000 glomerulos en los dos riñones de una rana la cantidad total de uroselectan eliminada sería 28 miligramos, cantidad que corresponde exactamente a la eliminación del riñón en el hombre.

La eliminación del uroselectan a través de los tubos renales no ha podido aún ser estudiada en definitiva. Este estudio de la eliminación tubular se hace muy dificultoso desde el campo de la fisiología y más aún por las dificultades con que tropiezan las técnicas empleadas hasta hoy con ese objeto.

Por lo investigado, según Hughes y Schaffhauser, podemos concluir que la mayor cantidad de uroselectan que atraviesa el riñón lo hace a través del glomerulo. Este hecho queda clínicamente comprobado con algunas reacciones sistémicas observadas en casos estudiados en los cuales era conocida una lesión del area glomerular del riñón,

En cuanto al tiempo de coagulación de la sangre así como de sedimentación, ninguno aparecer ser afectado en lo más mínimo por la inyección de uroselectan, por consiguiente el peligro de trombosis o embolia no existe.

Observaciones:—En ningún caso he tenido contratiempo alguno que lamentar. Localmente, en el sitio de la inyección no hemos observado nada que anotar. En ninguno de nuestros casos hubo extravasación de líquido fuera de la vena, así es que no podemos comentar este accidente. He observado en varios casos la contracción de la vena durante la administración de la solución habiendo sucedido esto en todos los casos hacia la segunda mitad del tiempo empleado en practicar la inyección. Este fenómeno fué acompañado en varios casos de algún dolor en el brazo. Siempre fué este dolor ligero y desapareció tan pronto terminó la aplicación.

En todos los casos se quejó el paciente de calor apareciendo este fenómeno en el siguiente orden: cara, pecho, espalda, manos, pies, piernas y vientre. Todos los casos se quejaron de sed. Aproximadamente la mitad de los pacientes se quejó de ardor y sensación de picor en la garganta, en la nariz y en la palma de la mano y planta del pie. Dos casos sintieron picor en la uretra y uno de estos se quejó de ardor en el ano. Cuatro se quejaron de ligero ardor en los ojos, y en tres de estos hubo un ligero lacrimeo. Tres sintieron zumbidos en los oídos. Cinco tuvieron palpitaciones cardíacas. En todos hubo un ligero aumento en el número de contracciones cardíacas, aumentando estas entre diez y treinticinco sobre el número anotado en la mañana de la inyección, a primera hora. No observé arritmia en ningún ca-

so. Estas observaciones cardiacas se hicieron inmediatamente después de terminada la inyección y de impresionada la primera placa radiográfica. En todos los casos la ligera taquicardia desapareció durante la primera hora.

En todos nuestros casos hubo una baja de presión sanguínea que osciló entre doce y cuarenta milímetros de Hg. Esta observación fué hecha durante la primera media hora después de practicada la inyección. En todos los casos la presión arterial se mantuvo durante el día de la inyección por bajo la normal del individuo. Para esta observación practicamos, en todos los pacientes, una lectura esfigmomanométrica por la tarde el día de la inyección, y aproximadamente a las 8 o 10 horas después de la administración del uroselectan. Al siguiente día la presión volvió, en todos nuestros casos, a la lectura normal del individuo.

En todos nuestros casos hubo un alza de temperatura que osciló entre 37.5 C. y 38.3 C., tomada en la boca, a los cinco minutos de practicada la inyección. En todos los casos la temperatura era normal a las dos horas de la administración.

En ningún caso observamos sudoración ni fenómeno alguno de piel, como rash, urticaria etc. En ningún caso tuvimos mareos, dolor de cabeza, dolores articulares, ni fenómeno gastro intestinal alguno. No observamos fenómeno respiratorio alguno. En ningún caso tos.

Conclusiones generales:—La urodografía endovenosa por el uroselectan nos proporciona una visualización del árbol urinario con bastantes datos referentes a su patología y a su fisiología.

Permite por medio de apreciaciones de las densidades en las sombras radiográficas obtenidas y por mediación de análisis químicos cualitativos y cuantitativos de la sangre y la orina investigar el funcionamiento renal.

Permite la observación del funcionamiento de los calices, pelvis, ureter y vejiga. Esto creo es lo más importante hasta ahora que hemos podido obtener con el uso del uroselectan. Ello ilumina un gran campo de estudio en la fisiología de dichas visceras.

La urodografía endovenosa producirá placas satisfactorias en aquellos casos de buena eliminación y de buen funcionamiento del riñón. Infecciones bilaterales y especialmente aquellas asociadas con lesiones supuradas del parenquima darán sombras muy pobres o ninguna sombra.

La claridad y nitidez de la imagen radiográfica depende de la concentración de la solución uroselectan-urea eliminada a través del riñón. Se ha establecido (Von Lichtenberg) que en casos de eliminación y función renal normal, esta eliminación ción a través del riñón es de un 5%. Desde luego donde este factor-por-ciento de concentración esté reducido, las imágenes radiográficas serán pobres, aumentando su densidad en aquellos casos en los cuales lafunción de eliminación renal sea normal, o exista algún obstáculo en el tramo inferior de drenaje que impida el vaciamiento pélvico-ureteral. Entonces se obtendrán imágenes de mayor densidad y más claras debido a una mayor cantidad de solución uroselectan en la cavidad del viscus radiografiado.

Debemos recordar, al interpretar nuestras imágenes, que estamos frente a un sistema muy dinámico. El árbol urinario, calices, pelvis, ureter, está continuamente cambiando de forma. Veremos impresionadas en la placa aquellas partes de los calices, pelvis y ureteres que se encuentren en diastole o sea el momento



Fig. 9, Gerardo M., blanco de 45 años. Este paciente acusaba como síntoma principal dolor en las regiones renales. **El diagnóstico después de exámenes de orina y químico de sangre: nefritis crónica tipo mixto.**



Fig. 10. El mismo paciente de la figura 9. Nefreureterograma, nótese la sombra renal persistiendo a las seis horas de hecha la inyección de Uroselectan. No existía obstrucción en el drenaje renal.

de dilatación cuando impresionamos la placa. Los momentos de contracción siológica aparecerán en las placas de muy distintas maneras. Si no tenemos presente estos hechos por desconocimiento de la fisiología, interpretaremos muchas de estas contracciones fisiológicas como estrecheces, deformidades u otros defectos anatómicos. Debemos siempre recordar que estamos frente a un sistema dinámico por excelencia, el cual está cambiando de forma continuamente. Estos hechos nos serán de gran valor en el estudio de las muy variadas condiciones de las pielectasías y hidronefrosis.

Por la urodografía endovenosa podemos observar las condiciones hipertónicas de los calices, pelvices renales y ureteres, condiciones que hemos podido observar con fácil precisión.

En casos de lesiones glomerulares del riñón, la imagen de este órgano se hará más visible, indudablemente debido a la retención del uroselectan en el parenquima.

Deseo expresar mi reconocimiento al Sr. Salvador Sierra, Radiólogo de los Hospitales Municipales, por su muy valiosa y decidida cooperación en este trabajo, habiendo él hecho con verdadero entusiasmo e interés toda la parte radiográfica y fotográfica del mismo.

RESUMEN DE LA LITERATURA

(1) Tuffier, T.; Sonde uretarale opaque, in Duplay y Reclus, 1897.

(2) Schmidt y Kolischer; Radiographie an sonderierten Ureteren und Nieren. Monatsber. f. Urol., 1901, VI, 427.

(3) Lowenhart, F.; Bestimung der Lage des Ureters am Lebenden. Schlesische Gesellsch. f. Vaterl. Kulture, 1901, VI, 21.

(4) von Illés; Ureterenkatheterismus und Radiographie, Deutsch. Zeitschr. f. Chir., 1902, LXII, 132.

(5) Fernwick, E. H.; The value of the use of a shadowgraph ureteric bougie in the precise survey of renal calculus. Brit. Med. Jour., 1905, I, 1325-1327.

(6) Klose, B.; Radiographie aimes durch das Kystoskop diagnostizierten Falles von Kompletter ureterenverdopplung. Deutsch. Ztschr. f. Chir., 1904, LXXII, 613-617.

(7) Voelcker, F., y von Lichtenberg, A.; Pyelographie. München. Med. Wochenschr., 1906, LIII, 105-107.

(8) Keyes, E. L. Jr.; Radiographic studies of the renal pelvis and ureter, Tr. Am. Urol. Assn., 1909-10, III, 351-357.

(9) Uhle, A.A., y Pfahler, G.E.; Combined cystoscopic and rontgenographic examination of the kidneys and ureter, Ann. Surg., 1910, LI, 546-551.

(10) Doderlein, A.S.G., y Kronig B.; Operative Gynakologie, 3 ed. Leipzig, G. Thiewe, 1913.

(11) Burkhardt, L., y Polano O.; Die Füllung der Balse mit Sauerstoff zun Zwecke der Cystoskopie und Radiographie, München. Med. Wochenschr., 1907, LIV, I, 20-21.

(12) Lichtenberg, A., y Dietlen, H.; Die Darstellung des Nierenbeckens und Ureters un Rontgenbilde nach Sauerstoffülling. München. Med. Wchnschr., 1911, LVIII, I, 1341.

(13) Kelly, H.A., y Lewis, R. M.; Silver Iodide Emulsion. A new medium for skiagraphy of the uinary tract. Surg. Gynec. and Obst., 1913 XVI, 707.

(14) Burns, J.E.; Thorium, a new agent for pyelography, J.A.M.A., 1915 LXIV, 2126.

(15) Burns, J. E.; Thorium a new agent for pyelography, Bull. Johns Hopkins Hosp., 1916, XXVII, 157.

(16) Burns, J. E.; Further observations in the use of thorium in pyelography. J. A. M. A. 1917, LXVIII, 533.

(17) Cameron, D. F.; Aqueous Solutions of Potasium and Sodium Iodids as opaque mediums in roentgenography. J. A. M. A., 1918, LXX, 754.

(18) Cameron, D.F.; The use of iodids in pyelography, J.A.M.A., 1919, LXXII, 1737.

(19) Cameron, D.F.; A comparative study of sodium iodid as an opaque medium in pyelography. Arch. Surg., 1920, I, 184.

(20) Weld, E. H.; The use of sodium bromid in roentgenography, J. A. M. A., 1918, LXXI, 1111.
(21) Osborne, E.D., Sutherland, C.G., Scholl, A.J., Rowentree, L.G; Roentgenography of Urinary Tract during Excretion of Sodium Iodide, J.A.M.A., 1923 XXC, VI, 368.
(22) Volkmann, J.; Zur Roentgenographischen Darstellung der Harnwege durch Intravenose Verabreichung Schattengebender Nittel, Deutsch. Med. Wchnschr. 1924, L, 1413.
(23) Lenarduzzi, G., y Pecco, R.; Iniernzioni endovenose di iodoro di sodio, Arch. Ital. di Radiol. 1927. III, 1055.
(24) Hryntschak, T.; Studien zur Roentgenologischen Darstullung von Nierenparencuchym und Nierenbecken auf intravenosen. Wege, Ztschr. f. Urol. 1929, XXIII, 893.
(25) Ziegler, J. Kohler, H.; Ueber Perorale Pyelographie, Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Urol. 1929, IX 344.
(26) Roseno; Intravenous Pyelography, Arc. f. Klin. Chir., 1929, CLVI, 64.
(27) Heuser, C.; Pielografía Endovenosa, Semana Médica, Buenos Aires, Enero 30, 1930. XXXVII, 281.
(28) Swick, M.; Intravenous Urography by Means of Uroselectan, Am. J. Sur.; 1930, VIII, 405.
(29) Swick, M.; Intravenous Urography by Means of Uroselectan. Radiol. Rev. and Chicago Med. Rec., 1930 LII, 154.
(30) Heritage, K.W., y Ward, R.O.; Intravenous Pyelography, Brit. Med. Jour., 1930, I, 734.
(31) Galbreth, W.W. y Mackey, W.A.; Intravenous Pyelography, Brit. Jour. Urol., June 1930, 122.
(32) Heritage, K.W.; Intravenous Pyelography, as test of renal function, The Lanset, 1930, July 19. CCXIX.
(33) Roth, E. J., y Wright, H.W.S.; Intravenous Urography by Uroselectan, Brit. Med. Jour., 1930, I. 778.
(34) Kidd, F.; Intravenous Pyelography, The Lancet, London, July 19, 1930. CCXIX.
(35) Salleras, J. y Vilar, G.; Contribución al estudio de la pielografía por la inyección endovenosa de uroselectan, La Semana Médica, Buenos Aires, Junio 26, 1930, XXXVII. No. 26.
(36) Legueu, Fey et Truchot; Pyelographie endovenouse pur Uroselectan, J. d'Urol. Med. et Chir., 1930, XXIX, 66.
(37) Vallery-Sadot, Dalsace, Nenrours et Darot; Une tecnique pur la radiologie des vois uri: aires. Press. Med. 1930, XXXVIII, 385.
(38) Swick, M.; Intravenous Urography by Means of the Sodium Salt of 5-Iodo-2-Pyridon-N-Acetic Acid. J. A. M. A., 1930, XCV, 19.
(39) von Litchenberg, A.; Intravenous Pyelography, Radiology, Dec. 1930. XV, 6.
(40) De laPe ña, E.; Algunos problemas interesantes sobre anatomía y técnica urológicas, Los Progresos de la Clínica, Abril 1930, XXXVIII, 4.
(41) Lubash, S.; Intravenous Urography. Better Vizualisation with Compression. Am. Jour. Surg., April 1930, VIII, 1165.
(42) Jaches, L.; Intravenous Urography (Swick Method), J.A.M.A., 1930, XCV, 19.
(43) Bumpus, H. C., y Thompson, G. J.; Intravenous Medication, Diagnosis of Uretral Kinks after., Radiology, Nov. 1930. (Editorial).
(44) Ravasini, Archiv, Ital. de Urologia. 1929, No. 5.
(45) Ravassini y Gortan, Radiología Médica, 1930. No. 17.
(46) Jungano, Journal d' Urologie, 1930, No. 5.
(47) Pedroso, Gonzalo; Anales de Cirujía de Cuba, 1930, No. 3.


DUE TWO WEEKS FROM LAST DATE
APR 7 1949
GPO 809679

